

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 528

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre KERFRIDIN

Né à Pont-l'Abbé (Finistère) le 7 décembre 1905

ESSAI DE TRAITEMENT
DE CERTAINS DÉMENTS PRÉCOCES
PAR LE SOUFRE PYRÉTOGÈNE
ASSOCIÉ A L'OR

Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
Professeur H. Claude.

Président : H. CLAUDE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre KERFRIDIN

Né à Pont-l'Abbé (Finistère) le 7 décembre 1905

ESSAI DE TRAITEMENT
DE CERTAINS DÉMENTS PRÉCOCES
PAR LE SOUFRE PYRÉTOGÈNE
ASSOCIÉ A L'OR

*Travail de la Clinique des Maladies mentales et de l'Encéphale
Professeur H. Claude.*

Président : H. CLAUDE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie	LANTUÉJOUL... Obstétrique.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BERNARD Étienne. Pathologie médicale.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
BOULIN Pathologie médicale.	LEVEUF Pathologie chirurgicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale.	M ^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
BULLIARD..... Histologie.	LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA Pathologie médicale.	MOREAU Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.	MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER... Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.	OBERLING..... Anatomie pathologique.
DONZELOT Pathologie médicale.	PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
FEY Urologie.	PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
GALLIARD..... Parasitologie.	PORTES Obstétrique.
GASTINEL..... Bactériologie.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
GATELIER Pathologie chirurgicale.	RICHET Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie	SANNIÉ..... Chimie biologique.
chirurgicale.	SÈNEQUE..... Pathologie chirurgicale.
GAYET Physiologie.	SÉZARY Dermatologie et syphili
GIROUD Histologie.	graphie.
HAGUENAU Pathologie médicale.	TROISIER Pathologie expérimentale
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.	TURPIN Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.	VALLERY-RADOT
HUGUENIN Anatomie pathologique.	(Pasteur). Pathologie médicale
JOANNON Hygiène.	VELTER Ophtalmologie
LABBÉ (Henri)... Chimie biologique.	VIGNES Obstétrique.
LACOMME Obstétrique.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	LEROUX Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE.....		LE LORIER.....	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR		METZGER	
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER. .			
MOCQUOT			
MOURE.....			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*Sa vie, toute de travail et de bonté
reste pour moi l'exemple à suivre.*

A MON PÈRE

*Qu'il trouve ici le témoignage de
mon affection et de ma reconnais-
sance.*

A MA FEMME

*Dont la sollicitude nous a été pré-
cieuse.*

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse. En témoignage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUBLINEAU

Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des Asiles

*qui nous a suggéré le sujet de ce
travail et qui nous a aidé dans son
exécution.*

A MES MAITRES DANS LES ASILES

MONSIEUR LE DOCTEUR BARUK

Médecin directeur de la maison de santé départementale
de St^e-Gemmes sur Loire

MONSIEUR LE DOCTEUR RENAUX

Médecin des Asiles

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRIFFE

Médecin directeur de l'Asile départemental de Quimper

MONSIEUR LE DOCTEUR HACQUART

Médecin des Asiles

AUX MIENS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Ce travail a été fait sous la direction du professeur H. CLAUDE dans son service de l'Asile Sainte-Anne.

Au 1^{er} Congrès de Thérapeutique (juillet 1933), MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU publient les premiers résultats qu'ils obtiennent chez certains déments précoces par la sulfochrysothérapie. Deux nouvelles observations sont ensuite rapportées par MM. CLAUDE et DUBLINEAU à la société médico-psychologique de décembre 1933.

Avec le docteur DUBLINEAU, chef de clinique, nous avons pris les observations des malades nouveaux, soumis au même traitement, dans le service des femmes. Nous avons suivi d'autre part, l'évolution des malades antérieurement traités.

Nous nous proposons dans ce travail de réunir toutes ces observations afin d'avoir une vue d'ensemble des résultats thérapeutiques obtenus à ce jour.

Ce travail comprendra sept parties :

I. LA DÉMENGE PRÉCOCE ; SA DUALITÉ CLINIQUE.

II. LES BASES DE LA SULFOCHRYSOTHÉRAPIE :

- a) La notion de l'étiologie toxi-infectieuse possible de certaines démences précoces ;
- b) L'insuffisance des traitements employés jusqu'à ce jour ;
- c) Les propriétés pharmacodynamiques des agents utilisés.

III. TECHNIQUE DU TRAITEMENT.

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES.

V. RÉSULTATS D'ENSEMBLE. ÉLÉMENTS DE PRO- NOSTIC.

VI. CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

VII. BIBLIOGRAPHIE.

LA DÉMENCE PRÉCOCE SA DUALITÉ CLINIQUE

Les déments précoces, à une période plus ou moins avancée de l'évolution, présentent, comme on sait, des symptômes communs qui justifient leur réunion dans un groupe unique.

Mais avant d'en arriver là, tous ne se ressemblent pas et c'est pourquoi depuis longtemps, le professeur CLAUDE s'élève contre la conception « uniciste », à laquelle il oppose la « notion de dualité » de la démence précoce, dualité qui se manifeste tout au moins dans ses modalités d'apparition.

Nous distinguons donc deux groupes de déments précoces :

Un premier comprend les différents états schizophréniques aboutissants de constitutions schizoïdes évoluant insidieusement.

Ce sont les individus rêveurs ou boudeurs, aimant la solitude, dont les tendances bizarres, s'aggravant et s'amplifiant, deviennent nettement pathologiques.

Non seulement ils arrivent à perdre contact avec l'ambiance, mais encore, à l'intérieur de leur personnalité, le contact est rompu entre les différentes fonctions élémentaires. Il y a dissociation intra-

psychique. Ces malades pensent suivant un mécanisme psychologique inconnu de nous, et s'ils nous paraissent déments, c'est parce que nous ne pouvons pas les comprendre.

Dans le deuxième groupe, nous rangeons ceux que le professeur CLAUDE appellerait volontiers les seuls vrais déments précoces.

Ils ont eu un développement et un comportement normaux jusqu'à un certain moment de leur existence à partir duquel commence pour eux une période critique. Ce peut être la période pubérale, le début du mariage, le service militaire. En un mot, c'est généralement une époque où quelque chose de nouveau apparaît dans la vie de ces individus. Survienne alors une cause quelconque de déficience, ils n'en supportent pas le choc : la démence précoce apparaît.

Rien ne s'oppose à l'idée que ce traumatisme intercurrent soit d'ordre moral, intellectuel ou affectif. Mais c'est surtout dans ces cas que se pose le problème de l'étiologie toxi-infectieuse de certaines démences précoces.

Au point de vue symptomatique, ce sont généralement des états hébéphréno-catatoniques.

Rappelons simplement que les formes cliniques peuvent en être très variées et s'intriquer les unes les autres. Le malade peut être excité, ressembler à un maniaque, mais c'est un maniaque qui paraît absent, un maniaque qui s'« intériorise » (CLAUDE).

Tantôt c'est un déprimé qu'il est difficile de diffé-

rencier du mélancolique vrai. C'est parfois un confus, un délirant, mais son délire est mobile, polymorphe, sans consistance. Il ne s'y attache pas ; c'est un « délire à froid » (CLAUDE).

A ces états, s'ajoutent d'une façon variable des éléments catatoniques qui leur donnent une physiologie particulière.

Mais ici, tout au moins au début, il n'y a pas le trouble fondamental qui fait la gravité des états schizophréniques : la personnalité est émoussée, mais n'est pas dissociée. Toutefois abandonnée, la maladie évolue, souvent vers cette dissociation, toujours vers une aggravation et au bout d'un temps variable, malgré des améliorations transitoires possibles, la déchéance est totale et ne rétrocedera plus.

Autrefois, le rôle de la psychiatrie, médecine de l'esprit consistait essentiellement à comparer l'activité psychologique des malades et celle des gens normaux. Actuellement, sous l'impulsion du professeur CLAUDE on s'attache de plus en plus à étudier de front les modifications psychologiques et les phénomènes biologiques concomitants.

La psychiatrie se rattache par ce côté à la pathologie générale et par conséquent, doit se soumettre aux lois générales de la thérapeutique.

Or, attendons-nous pour traiter une tumeur que sa généralisation nous donne la certitude de sa malignité ? Nous tendons plutôt à traiter une tumeur manifestement bénigne lorsque des raisons diverses peuvent faire craindre une évolution maligne

ultérieure et c'est là le meilleur traitement du cancer. De même, la paralysie générale ne tire de bénéfice de la thérapeutique, qu'à la condition d'être prise au début avant que ne soit constituée la démence paralytique.

Le traitement de la démence précoce devra donc, en l'absence de données précises, s'inspirer de ces notions thérapeutiques.

Aussi tâcherons-nous de réserver le traitement aux cas de démence précoce au début. Mais cela nous oblige dès maintenant à faire quelques réserves.

La première concerne le diagnostic.

Nos malades étaient-ils vraiment des déments précoces ? N'avons-nous pas traité des maniaques, des mélancoliques ou des confus qui ne demandaient qu'à guérir tout seuls ?

En vérité, dans ces cas, le diagnostic de démence précoce ne peut être affirmé. Mais dans ces tableaux cliniques atypiques, on trouve de temps en temps, un geste, une expression, une attitude qui sentent la démence précoce. Ce ne peuvent être que des impressions. Mais nous ne possédons pas de réactions biologiques qui permettent, comme dans la paralysie générale, de confirmer le diagnostic au début. Si nous voulons traiter précocement ces malades, il nous faut nous contenter de ces impressions cliniques. Celles-ci, d'ailleurs, sont assez caractéristiques dans nos observations, puisque différents spécialistes ont pu porter le diagnostic de démence précoce probable en évolution.

La deuxième réserve concerne l'action du traitement.

En admettant que soit exact le diagnostic de démence précoce, l'action de la thérapeutique même dans le cas de rémission sera toujours difficile à préciser.

Ces psychoses, en effet, évoluent souvent par poussées successives ; les rémissions spontanées ne sont pas rares ; ces rémissions comportent une restitution tantôt intégrale, tantôt seulement partielle ; souvent éphémères, elles se prolongent parfois des mois, des années. Nos succès thérapeutiques pourraient donc être simplement des coïncidences heureuses.

Quoi qu'il en soit, nous avons traité ces déments précoces au début, pendant cette période où le diagnostic peut être discuté, où les rémissions spontanées sont fréquentes.

Peu importe d'ailleurs que les rémissions soient attribuables ou non, à l'action du traitement seul.

L'important est que ces malades se soient améliorés.

Le traitement aurait-il simplement favorisé chez eux la tendance aux rémissions, il n'en serait déjà plus négligeable.

BASES DU TRAITEMENT

Notre thérapeutique repose sur l'hypothèse émise par de nombreux auteurs de l'étiologie toxi-infectieuse de certaines démences précoces.

Elle nous a paru légitimée :

1^o par l'insuffisance des traitements employés jusqu'à ce jour,

2^o par les propriétés pharmacodynamiques des agents utilisés.

Examinons successivement ces notions de base et voyons d'abord si l'on peut attribuer à certaines démences précoces une étiologie toxi-infectieuse.

I. Étiologie de la démence précoce

A. LES TOXI-INFECTIONS EN GÉNÉRAL

L'évolution de cette psychose au début, si souvent entrecoupée de rémissions et de reprises, cadre très bien avec l'idée d'un processus toxi-infectieux créant tantôt des lésions définitives d'emblée, tantôt procédant par étapes avec arrêts, reprises ou régressions, suivant l'intensité des réactions de défense de l'organisme.

De nombreuses observations montrent, d'autre

part, la coexistence d'une toxi-infection générale identifiée et d'une psychose présentant les caractères de la démence précoce. Mais nous ne pouvons encore dire si ces psychoses sont vraiment des démences précoces. Nous ignorons aussi quelle relation existe entre la psychose et la toxi-infection concomitante.

L'hématologie a donné aux auteurs étrangers de fortes présomptions en faveur de la nature toxi-infectieuse de cette psychose. Les modifications sanguines sont constantes et ces auteurs les comparent à celles qu'on rencontre dans les toxi-infections chroniques. Ils trouvent en particulier une déviation vers la gauche de l'image d'Arneth et une accélération de la vitesse de sédimentation des hématies. Ils ont aussi remarqué que ce caractère toxi-infectieux disparaît lorsque la maladie est ancienne.

Notons également que l'intoxication expérimentale par des produits divers (bulbocapnine, toxine neurotrope du *Bacterium Coli*) est susceptible de provoquer chez l'animal, des troubles psychiques et moteurs et en particulier la catatonie, ce symptôme important de la démence précoce.

En somme, on peut incriminer n'importe quelle toxi-infection comme étiologie possible de certaines démences précoces.

Mais c'est l'infection tuberculeuse qui a surtout attiré l'attention des auteurs. Ses rapports avec

la démence précoce ont été l'objet de nombreux travaux. Nous en ferons ici un exposé succinct.

B. LA TOXI-INFECTION TUBERCULEUSE

Recherches statistiques. — Certaines statistiques montrent que la mortalité par tuberculose est fréquente chez les déments précoces. En particulier, elle est beaucoup plus fréquente chez eux que chez les autres aliénés. D'autres recherches ont mis en évidence que l'infection tuberculeuse se retrouve beaucoup plus fréquemment dans les antécédents héréditaires et collatéraux de ces malades que dans ceux des autres malades d'asile.

Mais on a objecté que cette tuberculose des déments précoces peut s'expliquer par leur inertie habituelle et les conditions d'hygiène souvent déplorable dans lesquelles ils vivent.

Les statistiques publiées ne valent d'ailleurs que pour les régions précises où elles ont été établies. Elles seraient tout autres dans les pays du Nord peu touchés par l'infection tuberculeuse, tout autres également dans certaines régions du Finistère où la tuberculose se retrouve dans toutes les familles.

Rappelons encore que certains groupes juifs remarquablement résistants à l'infection tuberculeuse ont une disposition non moins remarquable à la démence précoce.

Et nous concluons que ces recherches statistiques

ne peuvent nous donner d'argument net ni dans un sens, ni dans l'autre.

Recherches cliniques. — Les arguments tirés de l'observation clinique sont plus probants.

Les épisodes bacillaires évolutifs ou torpides apparaissant au cours des maladies mentales sont bien connus des observateurs.

L'alternance des troubles psychiques et des manifestations viscérales de l'infection tuberculeuse, l'aggravation des premiers coïncidant avec l'atténuation des secondes, est pour ainsi dire d'observation courante depuis que MM. CLAUDE et BARUK ont attiré l'attention sur elle.

Certes, tous les déments précoces ne présentent pas ces manifestations tuberculeuses, mais dans les cas où cette coexistence existe, les présomptions sont fortes en faveur d'une étiologie commune. Les allemands parlent d'ailleurs du type asthénique, leptosome, dont le terrain est aussi favorable à la psychose qu'à la tuberculose.

LUXEMBURGER pense qu'il existe un radical transmissible suivant une forme quelconque de la récessivité qui se manifeste chez l'individu, tantôt par une prédisposition à la démence précoce, tantôt par une vulnérabilité accrue vis-à-vis de la tuberculose.

Recherches biologiques et expérimentales. — Les recherches biologiques donnent des résultats discor-

dants. Sans doute, parce que l'accord n'est pas encore fait sur ce qu'il convient d'appeler la démence précoce.

Les observations anatomiques mentionnent tantôt lésions dégénératives diverses, tantôt méningo-encéphalites inflammatoires, tantôt pas de lésions.

Les hémocultures de LOWENSTEIN sont positives 10 fois sur 24 cas alors que d'autres auteurs utilisant la même méthode n'obtiennent que des cultures négatives.

TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et VAN DEINSE, dans un premier travail décèlent la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. Mais dans leurs recherches suivantes ils ne peuvent le retrouver ni dans le sang ni dans le liquide céphalo-rachidien de trois déments précoces.

D'HOLLANDER et ROUVROY obtiennent sur 12 cas 11 résultats positifs par inoculation au cobaye et au pigeon. Mais la nature tuberculeuse des bacilles acido-résistants qu'ils ont observés est mise en doute par d'autres auteurs.

PUCA, par inoculation au cobaye de L. C. R. obtient une proportion de 9 résultats positifs sur 39.

SKOTTOWE qui rechercha le virus filtrant dans les amygdales, la salive et les râclures du nez de ces malades, ne l'y trouve pas et croit même qu'il est impossible de le mettre en évidence.

Les réactions cutanées à la tuberculine, la réaction de fixation du complément, ne donnent à BALDI aucun argument décisif en faveur de la tuberculose chez 182 déments précoces.

Expérimentalement, BARUK a obtenu chez des cobayes tuberculeux injectés de liquide céphalo-rachidien de D. P., une réaction nécrotique qu'il a interprétée comme un phénomène de Koch. Dans d'autres cas, il a obtenu, semble-t-il, des phénomènes moteurs et chez l'un de ces derniers il a vu en outre des lésions méningées. Mais pour l'instant ce ne sont que des faits particuliers qu'il est difficile d'interpréter.

Tous ces faits souvent contradictoires sont, en somme, peu démonstratifs.

Mais le problème est difficile.

Le Bacille de Koch, en effet, n'est plus un. On lui décrit différentes formes, depuis le B. K. classique, jusqu'au virus filtrant, en passant par des formes intermédiaires de bacilles acido-résistants.

Mais ces formes ne sont pas universellement reconnues. Et on connaît aussi des bacilles acido-résistants qui n'ont aucun rapport avec le bacille de Koch.

En somme, l'accord n'est pas fait sur l'existence des variétés anormales du bacille. Mais on ne peut non plus en rejeter l'hypothèse. Il faut donc rechercher ces différentes formes de l'agent infectieux là où doivent se trouver, s'il y en a, les lésions qui font la démence précoce.

Nous touchons là aux travaux que poursuivent actuellement MM. CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSE et dont quelques résultats ont déjà été publiés. Ces auteurs mettent d'abord leurs cobayes dans des conditions de réceptivité favorables en les traitant par l'extrait acétonique de bacille de Koch. Ils injectent ensuite à ces animaux, soit du sang, soit du liquide céphalo-rachidien de déments précoces et par des passages successifs ils recherchent dans les lésions provoquées le bacille de Koch ou les formes qui en dérivent.

Les malades sont des déments précoces dont la forme clinique est précisée. En particulier, plusieurs de nos cas sont à l'étude à ce point de vue.

Le résultat de ces recherches n'a pas encore été publié, toutefois dans sa leçon clinique du 2 mai 1934, le professeur CLAUDE disait qu'à ce jour les examens étaient encore négatifs.

Nous sommes donc toujours dans une période d'études et nous ne pouvons tirer de conclusions des résultats partiels connus.

En somme, de l'exposé de ces différents travaux, il résulte *que le problème de l'étiologie de la démence précoce n'est pas encore résolu.*

Mais si nous ne pouvons affirmer une étiologie quelconque, nous ne pouvons pas davantage rejeter une hypothèse quelle qu'elle soit.

Aussi, maintiendrons-nous celle de l'étiologie toxico-infectieuse de certaines démences précoces et parmi

ces toxi-infections, la fréquence relative de la tuberculose sous des masques divers.

II. Insuffisance des traitements employés jusqu'à ce jour

Des divers traitements employés, les uns partent de conceptions étiologiques particulières, conceptions qui varient avec l'évolution des idées médicales, les autres sont des essais d'ordre expérimental. On essaye un produit nouveau, on essaye un produit connu suivant une méthode nouvelle, on essaye des associations thérapeutiques.

Aussi, rien que pour ces dernières années, la liste des médications est-elle déjà longue.

La chimiothérapie est essayée par le salicylate de soude, les sels de métaux lourds, en particulier les sels de manganèse, la tryptaflavine, le gluconate de calcium, l'or, les barbituriques.

Parmi les médications biologiques, on voit des extraits d'ovaire, de foie, de cerveau, de thyroïde, l'insuline, l'auto-hémothérapie, la phlycténothérapie, la transfusion sanguine, le sérum humain, le sérum antituberculeux. Les agents pyrétogènes les plus divers sont utilisés : malaria, récurrente, bacille typhique, tuberculine, vaccins antipyogènes, vaccins polyvalents, vaccin antityphique et paratyphique, levure de bière, lait, lisoseptine, nucléinate

de soude, Phlogetan, omnadin, saprovitan, neosaprovitan, pyrifer, benzinol (essence de pétrole), huile soufrée, nirvanol, électropyrexie, etc.

La pyrétothérapie est encore associée à d'autres médications, et parmi celles-ci nous trouvons le salicylate de soude, la tryptaflavine, l'essence de thérébentine, l'alepol, le stovarsol, l'autohémothérapie.

Bien qu'incomplète cette énumération est déjà démonstrative en soi. Elle reflète d'abord la diversité des conceptions étiologiques de la démence précoce. Elle implique ensuite qu'aucune médication spécifique ou non spécifique, n'a encore fait la preuve de son efficacité.

Les résultats publiés confirment d'ailleurs cette impuissance, mais ils montrent aussi que toutes ces thérapeutiques ne doivent pas être maintenues sur un même plan.

Quelques-unes sont seulement inefficaces : c'est en général le cas des anti-infectieux employés seuls. C'est aussi le cas du sérum antituberculeux.

D'autres se sont montrées inefficaces et dangereuses.

Il en est aussi un certain nombre qui paraissent avoir donné quelques résultats. Et celle qui a été le plus largement expérimentée, et dont les résultats sont les plus constants, est la pyrétothérapie par l'huile soufrée.

Un meilleur pourcentage nous paraît avoir été obtenu par l'association des arsenicaux à cette

pyrétothérapie, mais pour en juger, le nombre des cas publiés est encore trop restreint.

Une autre thérapeutique a été récemment expérimentée par M. SCHIFF, mais nous n'en connaissons pas encore les résultats. Cet auteur se propose d'extérioriser une tuberculose latente dans l'espoir que par le phénomène de balancement connu, soit obtenue du même coup la régression de la psychose. Très logique dans sa conception ses résultats peuvent être beaux, mais le risque nous paraît grand, car nous ne sommes jamais sûrs de rester maîtres de la tuberculose évolutive qui sera déclanchée. Des observations ont d'ailleurs été rapportées de déments précoces guéris de leur psychose, mais succombant rapidement à une phtisie galopante.

En somme, la thérapeutique de la démence précoce est toujours à l'étude. Toutes les tentatives sont permises. Nous apportons notre contribution, par l'observation de 20 malades traités par l'association de l'or à l'huile soufrée pyrétogène.

III. Propriétés pharmacodynamiques des agents thérapeutiques utilisés

Nous nous proposons de combattre un état toxique infectieux général. Nous présumons que cette toxique infection est souvent la tuberculose. Nous voulons l'atteindre surtout là où son action est la plus néfaste, dans le cerveau.

Notre médication sera l'or, mais nous savons déjà que l'or employé seul n'a pas donné de résultats (résultats pratiquement négatifs de M^{lle} PASCAL et DOUSSINET). Nous préparerons le terrain par la Pyrétothérapie.

L'huile soufrée sera notre agent pyrétogène.

L'OR. — L'or nous a paru convenir d'une façon remarquable au rôle qui lui est assigné.

Il a fait ses preuves comme anti-infectieux.

PICHAT dans sa thèse a mis en évidence son action bactéricide *in vivo*, son action antiseptique *in vitro*. Il pense d'ailleurs que son action bactéricide est due, non pas à son pouvoir antiseptique, mais à sa faculté de réveiller le pouvoir bactéricide latent de l'organisme humain. Au point de vue clinique, les sels d'or ont été utilisés avec succès dans le traitement de certaines syphilis arséno ou bismutho résistantes. Il est utilisé dans le traitement de la tuberculose depuis plusieurs années et pour juger de son action, il nous suffira de rapporter l'opinion autorisée de LÉON BERNARD : « Le sel d'or n'est pas un remède spécifique de la tuberculose. Néanmoins, son action, bien qu'inconstante ne nous paraît pas pouvoir être niée. A cet égard aucun médicament chimique ne peut actuellement lui être comparé. »

Les recherches de STEINER et de TISCHL ont mis ce métal en évidence dans l'encéphale de chiens traités par le solganal. LEBŒUF, MOLLARD et PAUGET le trouvent dans le liquide céphalo-rachidien d'indi-

vidus traités par la crisalbine. HENK et von KENNEL l'y retrouvent également. Il n'est donc pas douteux que le système nerveux se laisse pénétrer par les sels d'or.

Les recherches de KOLLE, celle de SCHLOSSBERGER et de MENK ajoutent à cette notion, celle que dans le cerveau cet or continue à jouer son rôle bactéricide. Ces auteurs (1) ont inoculé des souris avec le *spirocheta crociduræ*, parasite qui se fixe dans le cerveau pendant toute la vie de l'animal. Ils ont ensuite traité ces animaux par les sels d'or, puis les ont sacrifiés. Leur cerveau inoculé à des souris neuves n'a provoqué aucune infection.

Quelques faits cliniques cités par LEBEUF, MOLLARD et POPOVITCH confirment ces expériences en nous montrant un liquide céphalo-rachidien positif au Wassermann et au Benjoin colloïdal qui devient négatif après un traitement par le solganal B.

LA PYRÉTHÉRAPIE. — Elle a été l'objet de recherches expérimentales que BINET a rapportées au 1^{er} Congrès de Thérapeutique. Son action est complexe. Elle touche à toutes les fonctions de la vie. Nous n'en retiendrons particulièrement que deux points :

1^o L'élévation du métabolisme basal, traduisant une augmentation des échanges.

2^o L'affaiblissement de la résistance de l'organisme aux poisons.

(1) in Lebeuf et Mollard *Pr. Méd.* 1933.

BINET a montré que chez l'animal, dans les conditions d'hyperthermie expérimentale il faut moins de poison pour entraîner la mort. Cette notion transposée dans le domaine thérapeutique s'exprime en disant que l'hyperthermie associée renforce l'action thérapeutique d'un médicament actif.

D'ailleurs, Ch. RICHET fils, DUBLINEAU et JOLY arrivent aux mêmes conclusions après avoir expérimenté sur la souris trypanosomisée et le lapin syphilitique, la pyrétothérapie, la chimiothérapie, et l'association des deux thérapeutiques. Ils affirment, en effet, qu'associée à la chimiothérapie, la pyrétothérapie augmente l'efficacité du médicament.

Les modifications de la barrière hémato-méningée sont variables suivant les agents thérapeutiques associés. HERN, KASSIL et LOSCHKINA ont montré que les variations de température amènent un affaiblissement de cette barrière pour le bismuth et les hémolysines. WERZIŁOŃ, CHOUGANE et FREYDINE, montrent d'autre part que l'iode, le néosalvarsan, le biochinol, se retrouvent dans le L. C. R. en quantité beaucoup plus grande chez les animaux hyperthermiques que chez les animaux témoins.

D'une façon générale ces études montrent que la pyrétothérapie est susceptible de renforcer l'action du médicament.

L'huile soufrée est notre agent pyrétogène. Il présente l'avantage d'être très maniable et de per-

mettre une pyrétothérapie réglée. Il a été utilisé sur une très grande échelle surtout par les auteurs étrangers et n'a jamais causé d'incidents fâcheux.

D'ailleurs employé seul son efficacité thérapeutique est loin d'être négligeable pour beaucoup d'auteurs. SCHROEDER, l'initiateur de la méthode considère même que « ne pas utiliser cette thérapeutique est une faute professionnelle lourde » (Hosp. Tid. 1933, 113-25). Sa propriété principale est sans doute de provoquer une élévation de température. Mais le soufre en tant que molécule, y joue peut-être un rôle que nous ne connaissons pas. On a écrit récemment en effet que le bilan soufré des tuberculeux est généralement déficitaire. Or, nos malades sont peut-être des tuberculeux et ce médicament contribuerait à rétablir la balance dans ces économies troublées (?).

L'huile d'olive est un véhicule doux. Mais n'apporterait-elle pas en plus le bénéfice de ses vitamines ?

Voici donc nos agents thérapeutiques :

1^o L'Or, médicament anti-infectieux général, notre meilleur remède anti-tuberculeux, qui possède en outre la propriété de pénétrer dans le système nerveux central.

2^o L'huile soufrée, pyrétogène maniable, dont le soufre, en tant que molécule chimique, peut améliorer un bilan soufré déficitaire.

L'or a été administré sous différentes formes :

1^o L'ALLOCHRYSINE qui représente le thiopropanol, sulfonate double d'or et de sodium. Elle contient environ 35 % de son poids d'or métallique. Elle est soluble dans l'eau, facilement absorbée par les muscles. On en prépare extemporanément une solution aqueuse qui est administrée par la voie intra-musculaire.

2^o La CRISALBINE, thiosulfate d'or et de sodium, renferme 37,4 % de son poids d'or métallique. On la dissout au moment de s'en servir dans de l'eau distillée froide, de façon à obtenir une solution à 5 % environ. Elle s'administre par injection intraveineuse.

3^o La MYOCHRYSINE. Aurothiomalate de sodium renferme 50 % de son poids d'or métal. Elle est présentée soit en solution aqueuse pour injections sous-cutanées ou intramusculaires, soit en suspension huileuse pour injections intramusculaires.

4^o Le MYORAL, sel d'or insoluble présenté en suspension huileuse qui correspond à la formule de l'aurothioglycolate de calcium. Il contient 64,16 % de son poids d'or métal. Il est utilisé en injection intramusculaire.

5^o Le SOLGANAL B huileux. C'est un aurothioglycose contenant 50 % de son poids d'or métal. Il est présenté en solution huileuse dans des ampoules contenant de 0,01 à 0,40 de sel d'or. Dose I : 0 gr. 01. Dose II : 0 gr. 05. Dose III : 0 gr. 10. IV : 0 gr. 20. V : 0 gr. 30. VI : 0 gr. 40.

Il convient d'agiter ces ampoules avant l'usage.

La préparation d'HUILE SOUFRÉE que nous avons utilisée est la *Sulfosine* danoise.

C'est une suspension à 1 % de soufre précipité dans l'huile d'olive. Avant l'usage, il convient de chauffer légèrement l'ampoule et de l'agiter assez longtemps pour obtenir une suspension homogène.

III. CONDUITE DU TRAITEMENT

Une première injection de 1 cc. de sulfosine est pratiquée très profondément dans la région fessière.

Deux ou trois jours après nous faisons la première injection de sel d'or. La dose en est faible (0,05 d'allochrysine, 1/3 de centigramme de solganal B, 1/2 cc. de myoral, 0,05 de crisalbine, 0,05 de myochrysine.

La deuxième injection de sulfosine est faite deux ou trois jours après le sel d'or dans la région fessière du côté opposé. Elle comporte une dose de 2 cc.

Les injections se succèdent ensuite tous les deux ou trois jours en respectant l'alternance, sulfosine et or, et en augmentant chaque fois de 1 cc. la quantité de sulfosine injectée. On évite d'en faire deux injections consécutives du même côté. Les sels d'or sont administrés, tantôt à doses constamment faibles tantôt à doses croissantes. Leur posologie varie d'ailleurs avec les préparations utilisées.

On fait ainsi 10 injections de sulfosine pour arriver à la dose de 10 cc. qu'on ne dépasse pas sauf exception et 9 injections intercalaires de sels d'or.

Le traitement peut s'en tenir là.

Dans un certain nombre de cas, nous l'avons

continué par la chrysothérapie seule en répétant 5 à 6 fois une dose supérieure à la neuvième, à raison de une injection par semaine.

On peut refaire une nouvelle série d'injections après un repos de quelques semaines.

La température, les réactions locales et générales, l'état des urines, le poids, les règles seront régulièrement et soigneusement notés. La plupart de nos malades ont en outre été l'objet d'examens complémentaires : Radiographie, cuti-réaction, intra-dermo réaction à la tuberculine et à l'ultra virus, numération globulaire et formule sanguine, réaction de Vernes-résorcine, vitesse de sédimentation des hématies. Dans certains cas Bordet-Wassermann, dosage d'urée, examen des yeux, ponctions lombaires.

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES

Voici maintenant nos observations :

Neuf d'entre elles ont fait l'objet de la communication de MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU au 1^{er} Congrès de Thérapeutique de Paris (juillet 1933). Deux autres ont été publiées par MM. CLAUDE et DUBLINEAU dans les *Annales de la Société médico-psychologique* de décembre 1933. Depuis ces moments, nous avons pu suivre régulièrement ces malades. C'est pourquoi, avec l'autorisation des auteurs, nous reproduisons ici les observations complétées et mises à jour. Nos conclusions n'en seront que plus solides, s'appuyant sur une plus longue observation des résultats thérapeutiques.

Nous ajouterons neuf observations personnelles, en remerciant particulièrement le Docteur VERNES dont l'obligeance nous fut précieuse, nous permettant de suivre chez nos malades l'évolution des réactions photométriques.

Nous partagerons ces observations en trois groupes :

- 1^o Groupe des malades en rémission.
- 2^o Malades ayant présenté des rémissions transitoires ou partielles.
- 3^o Malades restées stationnaires.

I. Malades en rémission

OBSERVATION I

MM. CLAUDE et DUBLINEAU

M^{lle} Lass., 17 ans. — Entre le 19 juillet 1933, pour idées délirantes, sans systématisation, avec automatisme mental, impulsions verbales, propos décousus, attitude hostile, rires sans motif, attitude d'indifférence, réponses à côté, par intervalles (D^r G. ROBIN).

Certificat immédiat (22 juillet) : « Syndrome hétérophrénique avec opposition, semi-mutisme, troubles du cours de la pensée, désaccord familial. » (D^r EY).

Certificat de quinzaine : « Hétérophrénie, opposition, semi-mutisme. Début brusque il y a un mois et demi. Conflits familiaux multiples. Père bacillaire (D^r MASQUIN).

Antécédents héréditaires. — Père, 43 ans, suivi par l'Office d'hygiène social pour tuberculose pulmonaire insipiens. Aurait eu des bacilles de Koch dans les crachats. Inscrit en vue d'un départ en sanatorium.

Mère morte à 34 ans, de tuberculose pulmonaire.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte à 5 mois (méningite ?). Une sœur de 15 ans et demi, un frère de 11 ans, bien portants.

Antécédents personnels. — Premier développement normal. École primaire. Certificat d'études à 13 ans. Réglée normalement entre 12 et 13 ans. Depuis sa formation, migraines assez fréquentes. Travail normal comme ouvrière manutentionnaire.

Caractère. — Habituellement renfermée, hostile et coléreuse.

Situation familiale. — L'enfant a souffert depuis son

enfance dans son milieu. Perte de la mère à 9 ans. Concubinage du père : disputes incessantes, avec départs et rentrées au domicile ; remariage récent du père avec sa maîtresse, elle-même mère de famille. Accroissement de la mésentente. Départ des enfants du père chez les grands parents.

Histoire de la maladie. — Vers la mi-juin 1933, excitation. Le 21 juin, début des troubles, brusquement. Petit excès de vin à l'atelier, à l'occasion du mariage d'une ouvrière. Le soir, en rentrant, l'excitation continue. Se dit « saoule ». Dans la nuit, gaité anormale, chantonne. Le lendemain matin, vomissements. Va à son travail, l'incohérence de ses propos la fait ramener chez elle. L'excitation passe par des stades variables. Reste à ne rien faire. Rit aux éclats sans motif. Cherche dispute. Impulsions par moment, d'où l'admission à Lariboisière, puis l'internement.

Dans le service. — Réponses hostiles et brèves, Bouderie. Silences. Réticences. Absurdités par intervalles ; l'idéation paraît suspendue par moments. Hébétude : paraît hallucinée, puis revient à la réalité et fronce les sourcils. Brusques incohérences. Opposition. Impulsions violentes.

Dans les premières semaines, état stationnaire. Impulsivité dominante sur un fond de dépression et de bouderie morbides. L., ne veut pas voir sa famille, insulte ceux qui viennent la voir. On n'ose plus lui rendre visite.

Examen somatique : Pilosité dorsale prononcée. Pâleur. État physique passable. Respiration un peu rude avec sub-matité à la partie moyenne du poumon droit. T. A. : 12.7.

Examen biologique : Poids, à l'entrée : 41 kg. 200. Règles normales.

Examen radiologique : Champs pulmonaires clairs. Traînées hilaires très foncées sur le cliché.

Le 23 août, cuti- et intradermo-réaction à la tuberculine positives.

Traitement du 18 septembre au 2 décembre : 11 injections de sulfosine et 1 gr. 85 de crisalbine en injections intra-veineuses.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Crisalbine	Temp. max.	Observations
18 sept. ...	1 cc.		38,8	
21 » ...		0,05	37	
22 » ...	2 cc.		38,4	
25 » ...		0,05	37,3	Pas de réaction locale
27 » ...	3 cc.		38,9	
2 » ...		0,10	37	
3 » ...	4 cc.		38,3	
6 » ...		0,15	37,4	
9 » ...	5 cc.		38,6	
11 » ...		0,15	39	
13 » ...	6 cc.		38,6	
15 » ...		0,15	39	
19 » ...			37	Vernes-Résorcine : 79
19 » ...	7 cc.		38,5	Réaction locale moyenne
21 » ...		0,20	37	
26 » ...	8 cc.		38,6	Grosse réaction (rougeur)
30 » ...		0,20	37	
1 ^{er} nov. ...	9 cc.		38,8	Empâtement, le lendemain
3 » ...		0,20	39,2	
8 » ...	10 cc.		39,2	
13 » ...		0,20	36,8	Vernes-Résorcine : 102
16 » ...	10 cc.		39,2	Réactions locales très fortes
20 » ...		0,20	36,8	
27 » ...		0,20	37	
2 déc.			37	Vernes-Résorcine : 28

Résultats physiques et biologiques. — Traitement bien supporté au début, puis à partir de la 8^e injection d'huile soufrée, réactions locales avec tuméfaction et rougeur à l'endroit des piqûres.

La réaction de Vernes donne en degrés photométriques avec la résorcine : 79, le 19 octobre ; 102, le 13 novembre ; 28, le 2 décembre.

Les règles ont été interrompues en octobre par le traitement, elles ont reparu fin novembre.

Résultats psychiques : Vers le début de novembre, l'état mental se modifie. L'impulsivité diminue. Persistent une tristesse et une réserve boudeuses, avec regards fuyants.

Le 10 novembre on note : « Parle peu, mais n'a plus un comportement anormal. Est seulement un peu triste. Se plaint du traitement douloureux. Dit qu'elle voit souffrir son frère, sa sœur et son père avec plaisir. Au point de vue psychique, lenteur des réponses, mais néanmoins, réponses adaptées. Ton un peu traînant : ce qui me préoccupe, c'est de partir le plus tôt possible. N'exprime pas sa satisfaction d'être en voie d'amélioration ».

Le 28 novembre : « Toujours peu loquace. D'abord présenté un certain mutisme, puis se familiarise et rit volontiers, sans raison d'ailleurs. »

Décembre 1933 : L..., est douce et calme. La transformation s'est surtout manifestée à l'égard de sa famille, qu'elle réclame et reçoit avec plaisir. S'inquiète quand on ne vient pas la voir. L'impulsivité a complètement disparu. Elle travaille, mais garde l'humeur renfermée, qui n'est d'ailleurs que son comportement antérieur.

Le 13 décembre : L..., est examinée au moyen des tests d'adultes utilisés dans le service. Toutes les réponses sont satisfaisantes, en particulier, celles qui font appel au raisonnement et au jugement. La sortie est envisagée pour une date prochaine.

Certificat de sortie : 22 décembre 1933. Hébéphrénie.
Début en juin 1933 par état d'excitation. Dès le début, bizarreries, impulsivité. Éléments hallucinatoires et interprétatifs. Sulfochrysothérapie. Actuellement en rémission complète (D^r DUBLINEAU).

Numération globulaire et formule sanguine

Date	26 sept. 33	2 oct. 33	17 oct. 33	23 oct. 33	30 oct. 33	6 nov. 33
Hémogl.	90	90	90	85	90	85
Gl. B.	4.555.000	4.625.000	4.920.000	3.920.000	4.425.000	4.560.000
Gl. R.	11.000	6.200	8.800	9.600	9.000	6.000
Lymph. et Mon.	24	35	19,5	22,5	19,5	25,5
Gr. Mono.	4	4	7	4	12,5	6
Polx.	71	55,5	67,5	69,5	63,5	61,5
Transition.	0	2,5	2	1	1,5	1,5
Eosino.	0,5	1,5	3	2	2	1,5
Baso.	0	1,5	1	1	1	3
Myélocytes	0	0	0	0	0	1

Le 15 mai 1934 : l'état mental se maintient bon.

En résumé : Schizoïdie aggravée par les circonstances familiales. Terrain suspect de tuberculose. Début brusque il y a quelques mois précédé d'une longue période de migraines.

Traitement par sulfosine et crisalbine. Réactions locales et générales fortes. Valeur maximum du Vernes-Résorcine : 102.

Rémission complète depuis 5 mois.

OBSERVATION II

M^{lle} Bour., 18 ans.

A. H. : La sixième enfant d'une famille de neuf enfants vivants. Père et mère bien portants. Pas d'aliénation dans la famille.

Pas de tuberculose connue.

A. P. : Rien à signaler dans sa première enfance. A eu son certificat d'études primaires à 12 ans. Commence à travailler à 13 ans. A 16 ans, se place à Paris comme femme de chambre. Elle donne satisfaction.

Début réel des troubles : En février 1933, tout en continuant à travailler, elle a des états de gaîté anormale. Sa sœur la fait rentrer en Bretagne. Elle paraît bizarre, « changée ». Trop gaie ou trop triste. Une idylle ébauchée se rompt en août. En septembre 1933, rentre à Paris, se place comme bonne, donne entière satisfaction jusqu'au 8 octobre, date à laquelle elle est congédiée.

Début apparent le 5 octobre 1933 : Elle a de la fièvre. Mise en observation à l'hôpital Henri Rousselle, elle nous est envoyée le 24 octobre 1933, avec les certificats suivants : « États d'excitation survenu à la suite d'un épisode confusionnel fébrile. Agitation nocturne, actes désordonnés, se laisse tomber par terre, se frappe la tête contre les murs. Rires, chants, logorrhée. Propos incohérents, demande à sortir parce que c'est aujourd'hui son mariage. Refus d'aliments. État général médiocre. Lésion impétigineuse au niveau du menton. Azotémie : 0,47. Réactions de B.-W., Meinicke, Kahn : négatives dans le sang » (D^r Y. ANDRÉ).

« Confusion mentale, propos incohérents, parle de la Révolution. Déclamation. Illusions de reconnaissance, prend l'infirmière pour sa sœur. Cris, menaces, agitation

désordonnée. Grimpe sur les radiateurs. Danses. Sauts. Violences. Résistance aux soins ; refus d'aliments. Insomnie (D^r R. DUPOUY).

Certificat immédiat (25 octobre 1933) : « État d'excitation avec propos sans suite ou mutisme, déclamations, assonances ou chants, monologues plutôt que conversations. Insomnie (D^r SIMON).

Un premier traitement par l'hyposulfite de magnésie ne donne aucun résultat.

Certificat de Quinzaine (8 novembre 1933) : « Excitation maniaque, agitation motrice, propos incohérents, rires continuels, s'alimente bien. Insomnie. Répète les propos tenus devant elle » (P^r CLAUDE).

Les jours suivants, le tableau change : Pas une plaisanterie, pas une remarque sur l'ambiance, reste sur sa chaise. Pauvreté idéique.

Le 8 novembre, elle est soumise au traitement par la sulfosine seule. Réactions thermiques faibles : 38°₂. Réactions locales importantes à partir de la 5^e injection.

Au cours du traitement, agitation extrême par intervalles. S'alimente mal. Gâteuse par moments. N'a pas vu ses règles depuis son entrée.

7 décembre : on commence un traitement par l'allochrysine seule : 7 injections, dose totale 0,65 d'allochrysine.

26 décembre : certificat de situation : « État d'excitation. Présentation maniaque atypique. Rires explosifs. Mobilité de la mimique. Soliloques incohérentes par intervalles. Peu syntone dans l'ensemble. S'alimente bien » (D^r DUBLINÉAU).

10 janvier : on reprend le traitement par sulfosine associée à l'or, 10 injections de sulfosine. 11 injections intercalaires d'allochrysine ; 5 injections à 0 gr. 05 et 6 à 0 gr. 10.

Réactions locales et générales fortes. Température maxima : 39,6 avec 7 cc. de sulfosine.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
1 ^{re} Série : Sulfosine seule				
8 nov.	1 cc.		38,8	Réactions locales moyennes
10 » ...	2 cc.		37,8	
12 » ...	3 cc.		38,3	
15 » ...	4 cc.		38,1	
18 » ...	5 cc.		38,1	Réactions importantes persis- tant 5 jours après la piqûre
21 » ...	6 cc.		38,2	
23 » ...	7 cc.		38,2	
27 » ...	8 cc.		38,2	
1 ^{er} déc.	9 cc.		37,9	Aucun malaise
4 » ...	10 cc.		37,8	
10 » ...		0,10	37,8	
15 » ...		0,10	36,8	
22 » ...		0,10	37,5	
28 » ...		0,10	37,5	
5 janv.		0,10	37,3	
2 ^e Série :				
10 janv.	1 cc.		37,9	Vernes-Résorcine : 78
12 » ...		0,05	38	
15 » ...	2 cc.		37,6	
16 » ...		0,05	38,2	
18 » ...	3 cc.		38,6	Pas d'albumine
20 » ...		0,05	38	
23 » ...	4 cc.		38,2	
24 » ...		0,05	38	
26 » ...	5 cc.		38,8	Grosses réactions locales
29 » ...		0,05	38,7	
30 » ...			37,3	
30 » ...	6 cc.		38,1	
31 » ...		0,10	37,6	Conjonctivite
1 ^{er} fév.	7 cc.		39,6	
5 » ...		0,10	37,2	
6 » ...	8 cc.		39	
9 » ...		0,10	37,5	Vernes-Résorcine : 19
10 » ...	9 cc.		38,5	
13 » ...		0,10	37	
15 » ...	10 cc.		39	
16 » ...		0,10	38,4	
23 » ...			37	
23 » ...		0,10	37	

Le 12 janvier : Les règles réapparaissent.

Le 20 janvier : Amélioration. Peu de rires. Réflexions judicieuses. Le 22, lit le journal. Aucun accès de rire pendant l'examen. Le 30 janvier, son comportement est normal. Une blépharite ciliaire qui dure depuis une semaine est en voie de guérison. Elle se trouve bien. Réaction de Vernes : 78. Poids : 48 kg. 500. La convalescence se poursuit régulièrement et la malade sort le 8 mars, gardant l'impression d'avoir fait un mauvais rêve.

Certificat de sortie (8 mars 1934) : « État d'excitation maniaque, atypique et confusionnelle, avec incohérence des propos, agitation psychomotrice. Sulfothérapie suivie de sulfochrysothérapie. Actuellement guérie de son état. » (Pr CLAUDE).

Elle va passer quelques mois à la campagne.

Elle nous écrit, en avril 1934, qu'« elle est tout à fait bien ».

Examens complémentaires :

Radiographie : Image radiographique pulmonaire sensiblement normale. Calcification accentuée des ganglions trachéo-bronchiques à gauche. Le 22 décembre 1933.

Sang : Dosages d'urée : le 12 octobre 1933 : 0,47 ; le 2 novembre 1933 : 0,27.

Cholestérol., le 2 novembre : 2,35.

Vernes résorcine : le 30.1.34 : 78 ; le 23 février 1934 : 19.

Vitesse de sédimentation : le 23 février : 26 millimètres.

Cuti-réaction : le 20 janvier : ++.

Liquide céphalo-rachidien : le 3 novembre : Albumine : 0,22 ; cytologie : 1 élément ; B.-W. : 0 ; Benjoin colloïdal : négatif. Pandy négatif.

Ophthalmologie : le 20 février 1934 : pas de lésions ophtalmologiques ; Blépharite ciliaire.

Urines : N'a jamais présenté ni sucre, ni albumine. Le 11 octobre 1933 : Pigments biliaires : 0. Urobiline ++.

Poids : 25 octobre : 44 kg. 500 ; 1^{er} décembre : 43 kg. 500 ;
12 janvier : 47 kg. 500.

En résumé : Etat d'excitation maniaque atypique et confusionnelle chez une jeune fille qui présentait depuis 8 mois des troubles du comportement ayant nécessité l'arrêt de son travail. Pas de tuberculose dans les antécédents.

L'amélioration apparaît au cours de la sulfochrysothérapie. Dose totale d'allochrysine : 1 gr. 75. Réactions locales et générales fortes. Vernes — Résorcine à 78.

Rémission complète depuis 3 mois.

OBSERVATION III

MM. CLAUDE et DUBLINEAU

Mlle Zil., 20 ans.

Elle entre le 7 octobre 1933 pour « Excitation puérile, agitation, sourires, chants. Insultes. Tendances au maniérisme. Refus total d'alimentation. Gâtisme. Fond de débilité mentale. Tendance ancienne à l'isolement. Évolution vers l'hébéphrénie à craindre » (D^r d'HEUCQUEVILLE).

Certificat immédiat (10 octobre) : « État d'excitation avec loquacité sans suite et turbulence. Refus d'aliments. Insomnie. Voix cassée : Température 38-5 ce matin. Quelques contusions » (D^r SIMON).

Certificat de quinzaine (23 octobre) : « Excitation psychique avec cris, gémissements, idées polymorphes, à teinte hypocondriaque et à caractère puéril. Débilité mentale. Dissentiments familiaux. Chétivité. Mauvais

état général. Évolution possible vers l'hébéphrénie » (P^r CLAUDE).

Antécédents héréditaires : Mère morte hémiplegique à 42 ans. Père : 52 ans, polyscléreux et azotémique. Une arrière grand-mère paternelle internée et morte à l'asile.

Antécédents collatéraux : Une sœur un peu arriérée. Un frère mort à trois ans de méningite.

Antécédents personnels : Née à terme. Premier développement normal. École primaire. Apprenait mal, pas de C. E. P. Réglée vers 13 ans, normalement.

Travaille comme apprentie modiste pendant 4 à 5 ans. Difficulté d'adaptation. Depuis deux ans, avait dû faire plusieurs places. Travaillait, néanmoins, jusqu'à la semaine qui précéda les troubles. Vie sexuelle précoce. Premier rapport à 12 ans, avec un jeune cousin (violée ?). D'après le père, avait une existence normale à Paris, mais assez dérégulée quand elle était loin de sa famille.

Pas de tuberculose connue dans la famille. Métrosalpingite ancienne, traitée à Saint-Louis.

Caractère : renfermé. Ne fréquentait personne. Pas d'amie. Fixation assez active au père.

Situation familiale : Tendue. Remariage du père il y a un an, avec une femme elle-même, mère de six enfants. Jalousie de Z., à l'égard des filles de sa belle-mère. Conflits fréquents.

Histoire de la maladie : Dans les premiers jours d'octobre, début par alternance de rires et de larmes, excitation, taquineries. Un jour se met à pleurer, puis à pousser des cris perçants, ameutant les voisins. Admise aussitôt à l'hôpital, elle y devient en proie à une confusion intense et finalement internée.

Dans le service : Persistance d'un état confusionnel, avec légère persévération des attitudes. Désorientation. Incohérence. Réponses imprécises ou inadéquates.

Examen somatique : Teint pâle. Pas de signes neurolo-

giques. Poids à l'entrée : 32 kilos. Règles normales en octobre.

Examens biologiques : Bordet-Wasserman négatif dans le sang. Liquide normal. Urée sanguine : 0,87 le 13 octobre (à l'entrée) mais baisse rapide.

Examen radiologique : Très léger, voile au niveau des sommets, qui s'éclairent bien à la toux. Champ pulmonaire droit à peine moins clair que le gauche. Au niveau du hile, quelques nodules calcifiés. Sinus normaux.

Gonorréaction négative.

Cutiréaction à la tuberculose, négative.

Intradermoréaction à la tuberculine positive.

Intradermo à l'ultra virus positive.

Réaction de Vernes à la résorcine : non faite à l'entrée.

Traitement : Traitée au début par salicylate de soude et uroformine sans résultats. M^{lle} Zil., est soumise, le 27 octobre, au traitement sulfochrysothérapique avec suspension huileuse d'aurothioglycolate de calcium, injections intramusculaires (myoral).

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Myoral	Temp. max.	Observations
27 oct.	1 cc.		37,4	Petits vertiges le lendemain
30 » ...		1 cc.	37	
1 ^{er} nov. ...	2 cc.		39	
2 » ...			39	
3 » ...		1 cc.	37	
6 » ...	3 cc.		39	
9 » ...		1 cc.	36,8	
10 » ...	4 cc.		38	Tension à l'endroit de la piqûre
12 » ...		1 cc.	37	
13 » ...	5 cc.		39,2	Douleur et empâtement local
15 » ...		1 cc.	37,6	Légère tendance syncopale
16 » ...	7 cc.		39	
18 » ...		1 cc.	38,2	
20 » ...	8 cc.		39,6	Vertiges le lendemain
23 » ...		2 cc.	37,7	Vernes-Résorcine : 157
24 » ...	9 cc.		39,3	
27 » ...		2 cc.	37,4	
29 » ...	10 cc.		39	Réaction locale importante
1 ^{er} déc. ...		2 cc.	37,6	
4 » ...	10 cc.		39,5	Vertiges le lendemain
6 » ...		3 cc.	38,5	Importante réaction locale
11 » ...		3 cc.	37,4	
20 » ...		3 cc.	37	

Résultats physiques et biologiques : Grosse sensation de fatigue physique à la fin du traitement. Celui-ci est douloureux dans l'ensemble.

La réaction de Vernes (résorcine) s'élève à 157 le 23 novembre, soit après la 8^e injection pyrétogène.

Le poids passe de 32 kilos (à l'entrée) à 33 kilos le

29 octobre, 24 kilos au début de novembre, 35 kilos le 5 décembre.

Les règles ont été interrompues depuis l'entrée de la malade et n'ont pas encore reparu.

Numération globulaire et formule sanguine

	27 oct. 33	7 nov. 33	20 nov. 33	4 déc. 33
Hémoglobine %.....	85	90	80	85
Glob. Rouges.....	4.255.000	4.965.000	4.180.000	4.310.000
Glob. Blancs.....	8.400	25.700	12.700	7.100
Lymph. et Monos.....	29	11,5	22,5	25
Grands Monos.....	10	0,5	9	6,5
Poly.....	58	84,5	65,5	65,5
Transition.....	2,5	3,5	1	2
Basoph.....	0,5	0	0	1
Eosino.....	0	0	1	1

Résultats psychiques : Le 6 novembre, on note : tendance à la catatonie. Désorientée, confuse. Indifférence. Pas d'hallucinations apparentes. Attitude plutôt geignarde.

Le 9 novembre, malade plus calme. Disparition du gâtisme depuis quelques jours. Propos toujours incohérents. Alimentation normale.

Les jours suivants amélioration progressive.

Le 5 décembre : malade calme. Conversation suivie. Efforts pour être aimable avec l'interlocuteur. Donne des renseignements sur ses occupations antérieures, sa salpingite. Affectivité normale à l'égard du père.

Calme, commence à se lever. Véritable convalescence, à la fois physique et psychique.

Néanmoins, les réponses aux tests sont très insuffisantes. L'appréciation du déficit est difficile à chiffrer en raison de

la débilité mentale antérieure, qui ressort des antécédents de la malade.

La convalescence se poursuit et nous lui donnons sa sortie.

Le 8 avril 1934, une lettre de sa mère nous apprend que l'état mental se maintient bon. L'état physique est florissant.

En résumé : Etat hébéphréno-catatonique d'apparition récente chez une jeune fille indemne de tuberculose. Traitement par sulfosine et myoral. Grosses réactions locales et générales. La valeur maxima du Vernes-Résorcine est de 157.

Rémission complète depuis cinq mois.

OBSERVATION IV

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

M^{lle} Fin..., 26 ans.

A. H. Pas d'antécédents névropathiques héréditaires. Deux sœurs aînées normales et bien portantes.

A. P. Développement normal. Léger retard scolaire. Pas de certificat d'études.

Réglée à 14 ans.

Apprentissage de la couture dès l'âge de 11 ans.

A travaillé dans la même maison jusqu'à son licenciement (chômage) en 1932.

Début des troubles en février 1932 : Dépression. Ennui. Idées de jalousie à l'égard de ses sœurs. Asthénie. Inactivité.

En décembre 1932 : Anxiété. Pleurs. Peur de mourir.

Kerfridin

Conversations à distance avec la doctoresse qui la soignait.
« S'était donnée tout entière à elle ». « Elle était son mari, etc... ». Accompagnée à l'hôpital Henri Rousselle en janvier 1933.

Certificat d'internement (18 janvier 1933).

« Atteinte de confusion mentale avec état dépressif
« actuel, peut-être syndrome de démence précoce. Insta-
« bilité depuis 3 ans. Indifférence progressive, inaffectivité,
« thèmes hypochondriaques anciens. Confusion hallucina-
« toire à l'entrée avec tentative de suicide par défenestra-
« tion peu avant l'admission. Actuellement : se dit « perdue
« dans un rêve », entend des voix qui l'insultent, la me-
« nacent, lui tournent la tête, s'accuse d'être « une vilaine »
« mérite de coucher par terre. Se plaint de mauvaises odeurs
« boules puantes ». Mutisme habituel avec pleurs parfois.
Gâtisme par intervalles persistant. Refus d'aliments au
début. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatifs
(Dr COURTOIS).

Certificat immédiat (19 janvier 1933) :

« Présentation catatonique. Mutisme par intervalles,
« bradypschie. Viscosité mentale. Désorientation. Persé-
« vération. Hyperréflexivité tendineuse. Signes probables
« d'insuffisance glandulaire. Début d'escarre sacrée. État
« général précaire » (Dr. EX).

Observation à la Clinique.

Mauvais état général. Escarre sacrée incipiens. Langue humide. Hypotomie. Hyperréflexivité tendineuse. Persévération des attitudes. Signe d'Hertog.

Fixation catatonique de l'attitude du bras entraînant au bout de quelques minutes un tremblement rappelant le tremblement parkinsonien. Troubles vaso-moteurs de la face.

Mutisme habituel. Désorientation sans perplexité confusionnelle. Déclare seulement : Je suis triste.

Pendant plusieurs jours, on note le signe de l'oreiller psychique. Mouvements rares.

P. L. : Alb. : 0,22 cytologie : 0,6 ; B.-W. négatif. Benjoin : 00000.02200.00000.

Cuti-réaction à la tuberculine : +.

Réaction de Vernes à la résorcine : 10.

Examen radiologique : La base gauche paraît un peu rétractée diminuée de clarté sans qu'il existe de signes de localisation parenchymateuse. Le diaphragme reste mobile. Il semble s'agir d'un reliquat de pleurésie ancienne (Dr. PIOT).

Début du traitement le 25 avril 1933.

Sulfosine à 1 % et *allochrysine* jusqu'au 14 juin 1933. Elle a présenté une dizaine d'accès de fièvre entre 39° et 40° et a reçu une dose totale de 0,75 d'allochrysine.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
Avant traitement 21 avril				Vernes-Résorcine : 10
25 avril	1 cc.		39,3	
28 »		0,05		
29 »	2 cc.		38,8	
4 mai		0,05	37,6	
5 »	3 cc.		39,4	
8 »		0,05	37,6	
10 »			39,7 (1)	
13 »	4 cc.		39,4	
16 »			37	Vernes-Résorcine : 67
17 »		0,05	37,2	
22 »	5 cc.		39,9	Réactions locales douloureuses
27 »		0,05	37,6	
29 »	6 cc.		39,6	
2 juin			37,7	Vernes-Résorcine : 144
3 »		0,20	37	
7 »	7 cc.		39	
13 »		0,20	37,4	
16 »			37,6	Vernes-Résorcine : 25
28 »			37	Vernes-Résorcine : 20

Pendant le traitement, réponses plus pertinentes et plus faciles. Retour de la critique. *Dès le 6 mai, on constate une amélioration notable de l'état psychique.*

(1) Une intradermo réaction a provoqué un œdème du bras et une température en clocher pendant quelques jours.

Le poids passe de 47 kg. 800 (1^{er} mars) à 50 kilos (1^{er} avril) et 57 kg. 100 (24 juin).

Nous lui donnons sa sortie le 27 juin.

Certificat de sortie : 27 juin 1933.

Réduction complète du syndrome délirant et hallucinatoire. Récupération d'une activité psychique satisfaisante (D^r Henri Ey).

Examens complémentaires :

Numération globulaire et formule sanguine

	25 février	25 avril	7 juin	16 juin
Hémoglobine %	75		70	85
Glob. Rouges	3.920.000	3.900.000	4.200.000	4.165.000
Glob. Blancs	7.200	7.200	6.700	7.000
Lymph. et Monos.	25	32	41	16
Grands Monos.	14	12,5	18,5	14,5
Poly	54	55,5	66,5	59,5
Eosinophiles	1	0	2,5	6
Transition	6	0	0	4

Nous la revoyons après sa sortie.

Le 17 juillet : réapparition des règles avec gros troubles vaso-moteurs. Asthénie.

Septembre : va tout à fait bien. Par intervalles, cependant, énervements, pleurs. Petites « crises de nerfs » au moment des règles.

15 octobre : Mise en traitement par la vagotonine.

Déclanchement d'une crise urticarienne avec gros troubles vaso-moteurs et anxiété diffuse.

10 mars 1934 : bon état psychique. S'occupe du ménage ; est bien réglée.

De temps en temps amblyopie, tête lourde, suffocations, transpiration.

29 mai 1934 : même état ; persistance de troubles vasomoteurs importants.

En résumé : Syndrome hétérophrénique datant de onze mois chez une jeune fille apragmatique depuis 3 ans. Pas de tuberculose décelable.

Traitement par l'association sulfosine et allochrysine.

Réactions locales et générales fortes, Vernes-Résorcine à 144.

Rémission complète depuis 11 mois.

OBSERVATION V

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

Melle Scho... 27 ans, secrétaire.

A. H. : Père mort en 1928 d'un cancer du pylore.

Mère internée pendant un mois (morte depuis).

Tante maternelle atteinte du délire de persécution.

A. P. : Rien de notable dans l'enfance. Régulée à 14 ans.

Fille intelligente, connaissant plusieurs langues.

Brevet simple à 16 ans.

A 14 ans, grippe espagnole avec délire.

A 18 ans, *premier épisode délirant* très court et de type onirique.

Caractères orgueilleux. Déception amoureuse profonde.

Début des troubles : fin 31, l'avocat chez qui elle travaillait et dont elle était « le bras droit » remarqua déjà qu'à certaines périodes elle se relâchait un peu de son travail. Accentuation des troubles du comportement durant l'été 1932.

Début apparent rapide en janvier 1933 : grippe légère sans fièvre. Agitée pendant quelques nuits. Logorrhée.

Parlait incessamment de potins de bureau. Propos bizarres. Une nuit disait : « C'est une victoire. Papa est sauvé. » Elle voulait qu'on laisse la porte ouverte, car son père allait revenir. Crises de rire. Défense motrice excessive. Amenée dans le service libre de la clinique, elle s'y montre agitée, hallucinée délirante. Parlait incessamment de son père. Colères. Réglée le 20 janvier.

En fin janvier, plus calme, mais négativiste. Cauchemars fréquents. Au *début de février*, rires immotivés, impulsions violentes, gâtisme urinaire volontaire. Nécessité de la placer dans le service fermé.

Certificat d'internement (9 février 1933).

« Atteinte de troubles mentaux d'apparition récente
« caractérisés par : bizarreries, agitation motrice, rires
« immotivés, indifférence, violence sur les infirmières,
« idées délirantes : son père (mort depuis 1928) communique
« avec elle, hallucinations psychiques, gâtisme urinaire
« volontaire » (Dr TINEL).

Certificat de quinzaine (25 février 1933):

« État de dissociation psychique à type schizophré-
« nique. Hallucinations psychiques. Monologues. Rires
« immotivés. Irruptions idéo-affectives saugrenues. Indé-
« termination du jugement. Pensée floue, imprécise. Par
« moments, séries idéo-verbales incohérentes et rapides.
« Gesticulation. Grimaces paradoxales. Convictions déli-
« rantes intuitives à forme hallucinatoire. Transforma-
« tion du monde extérieur. Fausses reconnaissances. Ten-
« dance à la construction délirante de l'ambiance. Élé-
« ments onirique. Subagitation. Activité désordonnée et
« vaguement stéréotypée. Maniérisme » (Dr EX).

Durant les premiers jours de son entrée dans le service, on note ses propos saugrenus et délirants avec illusion de sosie. Parle d'un mariage par procuration qu'elle aurait

contracté. Croit que son père est à la Clinique. Constructions délirantes floues et absurdes et assez stéréotypées. Soliloque. Bonne orientation, mais peu de contact avec l'ambiance. Attitude schizotique.

Début de mars : agitation considérable. Incohérence. Agressivité impulsive. Grossièretés. Injures.

Pendant cette période, avant le traitement, on a noté au point de vue somatique :

Ménstruation assez régulière.

L. C. R. : Albumine : 0,30 ; cytologie : 2,2 ; B.-W. : négatif. Benjoin : 00000.00020.00000 ; Tension : 22.

Examen oculaire : négatif.

Auscultation pulmonaire : obscurité respiratoire au sommet gauche.

Examen radiologique : radioscopie du 11 janvier 1933 : aspect thoracique : normal.

Certificat de situation : 4 avril 1933. « État de désagrégation mentale ; tons délirants multiples. Activité hallucinatoire. Désordre des actes. Subagitation. Son séjour à l'asile sera probablement de longue durée. » (Dr H. Ey).

Détail du traitement

	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
24 mars ...				Avant le traitement Vernes-Résorcine : 6
27 mars ...	1 cc.		37,9	
29 » ...		0,05	36,4	
30 » ...	2 cc.		38,3	
31 » ...		0,05	38	
3 avril ...	3 cc.		38,9	
5 » ...		0,05	37,5	Réactions locales fortes
8 » ...	4 cc.		38	
10 » ...		0,05	37	
12 » ...	5 cc.		39	
18 » ...		0,05	37,2	
19 » ...	6 cc.		38,2	
21 » ...			38	Vernes-Résorcine : 107
22 » ...		0,05	37,6	
24 » ...	7 cc.		40	
1 ^{er} mai ...		0,05	37,3	
11 » ...			37	Vernes-Résorcine : 12

Résultats du traitement. — Dès le milieu d'avril, l'état mental et général s'est littéralement transformé. Disparition du délire et de l'incohérence. Affectivité correcte.

L'amélioration a été progressive et totale, au point que nous avons pu, avant de lui donner sa sortie le 1^{er} juin, lui annoncer la mort de sa mère.

Le poids passe de 50-kilos (2 mars) à 54 kilos (3 avril),

Certificat de sortie (31 mai 1933). « Réduction totale de l'activité délirante. Lucidité. Critique rétablie. Calme, bien adaptée. Aménorrhée persistante. État physique excellent (D^r H. E.). »

Numération globulaire et formule sanguine

	25 avr. 1933	6 mai 1933	12 mai 1933	20 mai 1933
Hémoglobine %.....		70	70	75
Glob. Rouges.....		3.960.000	3.772.000	4.280.000
Glob. Blancs.....		8.500	7.300	6.600
Lymph. et Monos.....	13,5	13	21	11,5
Grands Monos.....	2	6,5	1,3	17,5
Poly.....	83,5	77,5	62,5	64
Transition.....	1	0,5	3	2,5
Eosinophiles.....	0	2	0,5	2
Lymphoblastes.....	0	0,5	0	2,5

Après sa sortie : a retrouvé son activité. *Retour des règles* le 1^{er} juillet. Testée à ce moment-là (3 juillet), résultats très satisfaisants et cohérents (note *Bien* à tous).

Revue le 12 octobre : elle travaille l'après-midi chez un éditeur. Mais trouve qu'elle n'a pas assez de travail. Elle vit avec une amie. Elle s'occupe elle-même de la cuisine. Excellent état physique.

Le 25 avril 1934 : elle reprend sa profession de secrétaire. Aucune diminution intellectuelle. État physique excellent.

Toutefois éruption eczématiforme à la face antérieure du poignet droit. Autohémothérapie. Le 20 mai, la guérison est complète.

En résumé : Hébéphréno-catatonie d'apparition récente chez une jeune fille indemne de tuberculose. Traitement par l'association sulfosine-allochrysine.

Réactions générales et locales fortes. Vernes-Résorcine à 107.

Rémission complète depuis un an.

OBSERVATION VI

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

M^{me} Cen..., 25 ans ; bonne à tout faire.

A. H. Père mort de « sclérose pulmonaire ».

Mère de santé médiocre. Plusieurs interventions abdominales.

Une sœur et un frère bien portants.

A. P. Pas d'antécédents morbides notable dans l'enfance. Développement somato-psychique normal. Menstruation régulière.

A 18 ans, pendant 3 jours, crise d'agitation.

A 21 ans, pendant cinq jours, nouvelle crise d'excitation. Mariée à 23 ans.

Début des troubles. Le 17 mai 1933, au matin, brusquement, cris insultes à l'égard de ses maîtres. Elle se plaint qu'on change sa personnalité, qu'on la droguait. Placée à Henri Rouselle, elle n'y est pas maintenue et est internée à cause de son agitation.

Certificat d'internement (18 mai 1933).

Excitation probablement en rapport avec un début de D. P. Agitation continue : cris, bonds, grimaces, maniérisme intonation théâtrale. Rires explosifs sans cause. Crises de larmes. Possibilité d'hallucinations. Réticence. Idées d'influence : on la fait agir. Elle est un véritable jouet. Vagues idées de filiation : il y a un mystère autour de sa naissance. Sensation d'étrangeté extérieure : c'est une nouvelle ère qui débute : on est le 1^{er} de la 1^{re} année. Son mari n'est pas son mari, puisque tout recommence. Aurait manifesté des préoccupations hypochondriaques. Résistance aux soins et à l'examen. Menaces. Insultes. Réactions impulsives. Violences contre l'entourage. Insomnie. Aurait

présenté à deux reprises des accès d'agitation passagère au cours des 5 dernières années (D^r ANDRÉ).

Certificat du D^r DUPOUY. Confusion mentale avec excitation psycho-motrice. Désordre des idées et des actes. Agitation bruyante et incessante. Bonds dans son lit. Cris. Chants. Rires. Grossièretés. Appels. Incohérence. Insomnie. Cauchemars. Onirisme probable. Opposition. Impulsivité. Violences.

Dans le service, on note : agitation extrême. Propos incohérents. Négativisme. Semi-mutisme. Conduite inadaptée durant tout le mois de mai.

Température entre 37°5 et 39° jusqu'au 26 mai, normale dans la suite.

Auscultation pulmonaire : rien à signaler.

Examen radiologique (23 juin, radiographie).

Sommets clairs, pas d'opacité dans les champs.

Région hilare chargée, ombres hilaires intenses.

Cuti-réaction à la tuberculine : 0.

L. C. R. : Alb. : 0,25 : Cytologie : 2 ; Pandy et B.-W. négatifs : Benjoin : 00000.00200.00000.

Tension : 22.

B.-W. : négatif dans le sang.

Traitement commencé le 24 juin, terminé le 16 octobre 1933.

Pyrétothérapie à la sulfosine (1 %) : une douzaine d'accès fébriles bien marqués.

Solganal : dose totale : 2 gr. 13.

Détail du traitement

	Sulfosine	Solganal	Temps max.	Observations
Avant traitement le				
16 juin			36,4	Vernes-Résorcine : 8
24 juin	1 cc.		38	
26 »		1/5 de la dose I	37,4	
28 »	2 cc.		37,4	Vernes-Résorcine : 18
29 »		1/5 de la dose I	38	
3 juillet	3 cc.		38,8	
5 »		Dose I	37,6	
7 »			37,4	Vernes-Résorcine : 31
10 »	4 cc.		37,6	
12 »		Dose I	37,4	
14 »	5 cc.		39,3	
17 »		Dose I	37	
18 »	6 cc.		39	
21 »		Dose II	38	
24 »	7 cc.		39	
25 »		Dose II	38,5	Réactions locales fortes
31 »	8 cc.		38,5	
2 août		Dose II	37,5	
7 »	9 cc.		38,4	
11 »		Dose III	37,5	
14 »	10 cc.		38,4	
17 »		Dose III	37,8	
20 »	10 cc.		38	
24 »		Dose III	37	
29 »	10 cc.		38,2	
2 sept.		Dose IV	38,4	
3 »			37	Vernes-Résorcine : 83
8 »	10 cc.		40,7	
25 »		Dose V	37	Albumine : 0
26 »			37	Vernes-Résorcine : 14
2 octobre		Dose V	37	
9 »		Dose VI	37,4	
16 »		Dose VI	37,2	

Numération globulaire et formule sanguine

	16 juin 33	24 juin 33	27 juillet	1 ^{er} août	27 sept.
Hémoglobine %...	70	70	80	80	85
Glob. Rouges.....	4.430.000	4.510.000	4.115.000	4.320.000	3.330.000
Glob. Blancs		6.200	14.200	18.500	7.600
Lymphos à Monos .	27,5	32	29	16	19
Grands Monos	18,5	2	10	4,5	7,5
Poly	53	64,5	59	78	66,5
Eosinophiles.....	1	0	0,5	0,5	2,5
Transition.....		1,5	1,5	0,5	4,5

Résultats du traitement. Jusqu'au mois d'août, même état d'agitation foncière, fureur impulsive, hostilité à l'égard de son mari.

Au début du mois d'août, retour du sommeil et du calme. Depuis, sa critique est entièrement revenue. Comportement bien adapté.

Le 17 octobre, cutiréaction : +.

Le 25 octobre 1933 : lucidité, calme, attitude et conduite correctes. Se représente la période qu'elle vient de traverser comme un état d'énervement et de réaction contre l'inter-nement. Souvenir très effacé de la phase de début. Orientation correcte. Plus d'idées délirantes. Désire sortir.

Avant de lui donner sa sortie, on a pu lui annoncer la mort de son mari.

Certificat de sortie (4 novembre 1933). « État d'excitation de type hébéphrénique. Impulsivité et violences à l'entrée. Traitée par l'association sulfochrysothérapique. En rémission complète depuis plusieurs semaines. Peut être rendue à sa famille (D^r DUBLINEAU).

Le 24 mars 1934 : Une lettre de sa mère nous apprend

que cette rémission s'est maintenue. M^{me} Cen. a repris son travail et se trouve en très bonne santé physique et mentale.

En résumé : Syndrome hébéphrénique d'apparition récente chez une jeune femme indemne de tuberculose. Traitement par l'association sulfosine-Solganal B. Réactions locales et générales fortes. Vernes-Résorcine : 83.

Rémission complète depuis 7 mois.

OBSERVATION VII

M^{me} Sal..., 22 ans.

A. H. Ses parents sont bien portants.

D'une famille de huit enfants, dont deux sont morts.

A. P. : Rien de particulier dans son enfance. Pas de troubles au moment de l'installation des règles qui furent en général abondantes.

Mariée en mai 1932. N'a pas eu d'enfants. Travaillait dans une usine de pétrole « Standard Oil ».

Début des troubles : septembre 1933.

Elle se trouve alors fatiguée. Elle a chaud à la tête. Puis se plaint de l'estomac.

Puis c'est une compagne de travail qui l'exaspère. « Je deviendrai folle si je reste auprès d'elle. » Et enfin ses voisins lui disent à travers les murs « fainéante, tu ne veux plus travailler ! » Elle frappe à leur porte et demande des explications (7 octobre 1933).

A partir de ce moment s'excite de plus en plus. Veut se jeter par la fenêtre, veut se tuer avec un couteau. Elle se dit poussée par le Bon Dieu.

Placée à l'hôpital Henri Rousselle le 10 octobre. Elle nous est envoyée le 30 novembre 1933.

Certificat d'internement (3 novembre 1933) ... « est atteinte d'état dépressif avec agitation anxieuse intense. Instabilité motrice. Vagues idées de persécution. Manifeste des craintes immotivées pour son mari et elle-même.

Gros troubles de l'attention. Ne répond qu'après de multiples sollicitations. Maniérisme. Sourires discordants. Opposition. Aurait présenté un épisode hallucinatoire récent avec idées d'influence. A manifesté des idées de suicide. Refus partiel d'aliments. Évolution à craindre vers la D. P. (Dr Y. ANDRÉ).

2^{me} *Certificat* : ... « est atteinte d'un état anxieux avec idées de persécution. Demi-mutisme. Cris. Sourires maniérés. Entend son mari et le cherche partout dans le service. Opposition. Restrictions alimentaires. Cherche à mordre. Excitation. Insomnie. Gâtisme. Démence précoce probable en évolution (Dr R. DUPOUY).

Certificat Immédiat : (4 novembre)... « Présente un état de confusion mentale avec hallucinations probables, turbulence légère. Réponses rares et imprécises » (Dr SIMON).

On la met immédiatement au traitement par sulfosine seule : 11 injections jusqu'au 7 décembre 1933.

Réactions locales nulles jusqu'à la 7^e piqûre. Pour les suivantes, rougeur et douleur pendant 3 jours. Après la 4^e tendance syncopale 12 heures après.

Réactions thermiques fortes : 38°, 9 avec 3 cc. ; 39°, 5, 3 fois avec 5 cc., 9 cc. et 10 cc.

Certificat de Quinzaine : (17 novembre). Indifférence, inattention, mutisme. Doit être alimentée, dépression, discordance, variabilité des symptômes. Amélioration des manifestations confusionnelles et de l'anxiété (Pr H. CLAUDE).

Du 9 décembre au 12 janvier : 5 injections d'allochrysine : 0,05 + 0,10 × 4, soit en tout 0 gr. 45 de sel d'or. Le poids tombe de 43,100 à 41 kg. 200.

Détail du traitement :

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
7 nov.	1 cc.		37,9	
9 » ...	2 cc.		37,9	
12 » ...	3 cc.		38,9	
15 » ...	4 cc.		38,3	
18 » ...	5 cc.		39,5	Pas de réaction locale
21 » ...	6 cc.		39,3	
23 » ...	7 cc.		38,6	
27 » ...	8 cc.		38,1	
30 » ...	9 cc.		39,5	Légère douleur
4 déc.	10 cc.		39	
7 » ...	10 cc.		39,6	
9 » ...		0,05	37	
14 » ...		0,10	37,2	Coloration de la face
20 » ...		0,10	37,2	
27 » ...		0,10	37,8	
5 janv. ...		0,10	37	
12 » ...		0,05	37	
13 » ...	1 cc.		38	Tendance syncopale
16 » ...		0,05	36,8	
17 » ...	2 cc.		39	
20 » ...		0,05	37,6	
23 » ...	3 cc.		38,8	Pas de réactions locales
24 » ...		0,10	38,8	
26 » ...	4 cc.		37,6	
27 » ...		0,10	38,5	
29 » ...	5 cc.		38,4	
30 » ...		0,10	38,4	
1 ^{er} févr. ...	6 cc.		39,3	
3 » ...			37,8	Vernes-Résorcine : 122
5 » ...		0,10	37,4	
6 » ...	7 cc.		38,3	
10 » ...		0,10	37,4	
13 » ...	8 cc.		37,8	
15 » ...		0,10	38,4	
16 » ...	9 cc.		38,8	Transpiration abondante
23 » ...			36,5	Vernes-Résorcine : 52
24 » ...	10 cc.		38,5	
1 ^{er} mars ..		0,20	37	
9 » ...		0,20	37,4	
15 » ...			37	Vernes-Résorcine : 24
16 » ...		0,20	37	
9 avril.			37	Vernes-Résorcine : 11

Le 16 décembre : on note aspect confus, semi-mutisme, ne s'anime un peu que pour réclamer son mari. S'alimente difficilement.

Le 28 décembre : Aspect indifférent, inertie, mutisme à peu près complet. Température à 38°. Se sent très fatiguée. Poids : 40 kg.

Sulfochrysothérapie : du 13 janvier au 25 février :

10 injections de sulfosine.

12 injections d'allochrysine : 0 gr. 05 $\times$ 3 + 0 gr. 10 $\times$ 3 + 0 gr. 20 $\times$ 3, soit en tout : 1 gr. 65 de sel d'or.

Résultat psychique du traitement :

Le 12 février : fait quelques réponses, dit qu'elle se sent mieux.

Le 25 février : l'inertie domine ; s'alimente très difficilement.

Le 20 mars : apparaît une amélioration. Elle est un peu plus éveillée, sourit. Le 27, s'alimente spontanément. Réponses adaptées.

Les 28 et 29 mars : crises anxieuses avec agitation : « Je veux mourir ». Veut se pendre.

Mais *le 30*, le mieux apparaît et le 2 avril, on note : visage souriant, réponses adaptées. Le 4, elle est très améliorée dans son comportement. Elle cause plus volontiers. S'occupe de broderie. Le 17, l'amélioration se maintient et se complète. Descend au jardin, s'occupe. Est contente de se voir guérir. Encore un peu lente dans ses paroles et dans ses actes.

L'amélioration se poursuit progressivement.

Certificat de sortie (24 avril 1934) : « Entrée pour état confusionnel avec anxiété et discordance. Évolution progressive dans le service vers un état de stupeur catatonique avec mutisme, refus d'aliments, opposition. Diminution de la transparence du champ pulmonaire gauche à la radiographie. Traitée successivement par sulfosine puis sulfosine et allochrysine (1 gr. 80 de sel d'or). Vernes :

122 à la 6^e injection de la 2^e série. Récupération progressive de l'affectivité ; disparition de l'inhibition.

Retour actuel à l'état normal. Peut sortir » (D^r DUBLI-NEAU).

Résultats physiques et biologiques :

Réactions locales à la sulfosine minimales.

Réactions thermiques moyennes. Maximum : 39°3, avec 6 cc. En général ne dépasse pas 39°.

12 heures après la 1^{re} piqûre, tendance syncopale. Après la 10^e transpiration abondante. Face colorée.

Poids. Décembre 43 kg. 100, janvier 41 kg. 200, février 37 kg., mars 38 kg., avril 41 kg. 800, 20 avril 45 kg. 200.

A cette date, pas de règles. En traitement par l'antelobine.

Examens complémentaires :

Radiographie : 22 décembre 1933 : Image radiographique de quelques noyaux disséminés dans les 2 poumons. Opacité légère de la région sous-claviculaire gauche.

9 février 1934 : Très forte diminution de la transparence et opacités dans la 1/2 inférieure du champ pulmonaire gauche. Champ pulmonaire droit grisâtre, ses sommets s'éclairent bien à la toux. Sinus cardio et costo-diaphragmatiques normaux.

25 avril 1934 : Sommets clairs et s'éclairant bien à la toux. Pacypleurite gauche.

Champ pulmonaire droit un peu grisâtre.

Sinus cardio et costo-diaphragmatique normaux.

Sang : B.-W., Meinicke, Kahn négatifs.

Dosage d'urée : à l'entrée : 0,47.

Réaction de Vernes-Résorcine, 5 février 122 ; 15 mars 24 ; 23 mars 52 ; 9 avril 11.

Vitesse de sédimentation : 23 février : 42.

Cuti-réaction : Le 23 mars 1934 = ++.

Intradermo-réaction à la tuberculine : 2 avril 1934 ; infiltration 1 × 1 cm. Rougeur 2 × 2 cm.

Intradermo-réaction à l'ultra-virus, 2 avril 1934 : rougeur $0,5 \times 0,4$.

Liquide céphalo-rachidien : (11 octobre 1933) : Albumine : 0,18. Cytologie : 0,4. B.-W. négatif. Meinicke négatif. Benjoin négatif. Pandý, Parégorique négatifs (Hôpital H. Rousselle).

Urines : Albuminurie de 0,20 par litre à l'hôpital H. Rousselle. Dans le service : pas d'albumine.

Le 24 janvier : traces de sucre.

En résumé : Hébéphréno-catatonie datant de 6 mois chez une femme de 22 ans. Terrain tuberculeux probable.

Sulfochrysothérapie par sulfosine et allochrysine.

Dose totale de sel d'or : 1 gr 90 en deux séries

Réactions locales moyennes. Réactions générales fortes. Vernes-Résorcine à 122.

Amélioration physique. Récupération progressive des facultés mentales. Rémission complète depuis 2 mois

OBSERVATION VIII

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU.

M^{lle} Gail..., 22 ans.

A. H. Père mort à 35 ans, buveur habituel. Mort par submersion, en état d'ivresse.

Mère bien portante ; n'a pas fait de fausses-couches, un frère bien portant.

A. P. Née à terme. Pas de convulsions dans l'enfance. Développement somato-psychique normal.

Affection pulmonaire de la première enfance (2 ans).
Pendant toute son enfance bronchites fréquentes.

A 16 ans puberté normale.

Bronchite à la même époque.

A 18 ans, amaigrissement. Anorexie, fatigue. Envoyée en préventorium pendant 5 mois (B. K. dans les crachats). En apprenant qu'elle était bacillaire, crises de nerfs, gros choc moral et état dépressif consécutif.

Transférée en sanatorium où elle reste également 5 mois. Elle en sort en raison de son état dépressif. Traitée par injections d'huiles aromatiques, diathermie de la rate, quelques injections d'or.

Après 3 ans de traitement, les médecins qu'elle a vus lui affirment qu'elle est guérie.

Début des troubles psychiques. Pendant qu'a duré son traitement : inactivité, absence d'initiative, tendances hypochondriaques.

En janvier 1933, épisode fébrile avec céphalée occipitale intense et bronchite consécutive, photophobie. Depuis lors, état subfébrile par intervalles. Amaigrissement. Céphalées. Dyssomnies.

Bizarries d'attitude. Caprices. Lubies. Le jour de la Pentecôte, liaison rapide avec un inconnu rencontré dans la rue à qui elle fixe un rendez-vous. Le soir même céphalée intense. Quelques jours après, va chez son médecin habituel à qui elle confie son désespoir de ne jamais se marier. Le lendemain refus d'aliments « parce que le Docteur ne lui avait pas dit de manger ». Dans la nuit, crise d'agitation avec cris. Traitée pendant quelques jours en maison de santé, puis internement.

Certificat d'internement (20 juin 1933). « État d'excitation motrice caractérisé par une logorrhée incohérente avec cris, accès de rires fréquents, une instabilité motrice accentuée et des idées de grandeur : elle est Reine de Roumanie. Refus d'aliments (D^r TINEL).

Certificat immédiat : Excitation psycho-motrice. Incohérence. Cris. Chants. Hypersomnie. Manies. Grimaces. Rires immotivés. Propos mégalomaniques. Début il y a une dizaine de jours d'après les renseignements du médecin traitant. État subfébrile. Terrain bacillaire. Asthénie depuis quelques mois (Dr H. Ey).

Dans le service. État d'agitation considérable. Confusion extrême. Idées délirantes mêlées, fragmentaires, de type mégalomaniacale. Maniérisme. Préciosité. Stéréotypies. Bouffées d'état oniroïde avec activité hallucinatoire plus vive.

Refus partiel d'aliments.

Poussée thermique à 40° le 21 juin. Ponctionnée le lendemain : Alb. 0,25 ; cytologie 2 ; Benjoin normal ; Pandy et B.-W. négatifs.

L'auscultation ne révèle aucune lésion pulmonaire considérable, pas de signes stéthacoustiques spéciaux.

Cuti-réaction à la tuberculine : +.

Intradermo-réaction : +.

Examen radiologique (Le 21 juin) : Sommet gauche un peu diminué de transparence. Le champ pulmonaire gauche présente de nombreuses calcifications, ombres hilaires assez marquées à droite et à gauche avec quelques prolongements scléreux se propageant vers le diaphragme.

Traitement du 24 juin au 2 septembre.

Détail du traitement

Date	Zulfosine	Solganal	Temp. max.	Observations
Avant traitement				Vernes-Résorcine : 67 Tuberculose pulmonaire
24 juin	1 cc.		37,8	
26 "		1/5 de la dose I	37,4	
28 "	2 cc.		38	Vernes-Résorcine : 27
29 "		1/5 de la dose I	37,2	
3 juillet	3 cc.		38,5	
5 "		Dose I	37,5	
7 "			38,8	Vernes-Résorcine : 50
10 "	4 cc.		38,7	
12 "		Dose I	37,4	
14 "	5 cc.		39,2	Réactions locales moyennes
17 "		Dose I	37	
18 "	6 cc.		38,5	
21 "		Dose II	36,6	
24 "	7 cc.		39	
25 "		Dose II	39	
31 "	8 cc.		39	
2 août		Dose II	38,5	
7 "	9 cc.		39,2	
11 "		Dose III	37,3	
14 "	10 cc.		39	
16 "			38	Albumine : 0
17 "		Dose III	38	
20 "	10 cc.		39	Réactions locales fortes
24 "		Dose IV	38,8	
29 "	10 cc.		39,3	
2 sept.		Dose IV	38,2	
3 "			37	Vernes-Résorcine : 95

Résultats du traitement

Cessation du traitement le 2 septembre.

A ce moment, encore même état d'agitation et d'inconsience. Fièvre à grandes oscillations. Gros abcès à la fesse. (piqûre infectée).

Au début d'octobre, du jour au lendemain, changement complet d'aspect. État psychique normal ; calme, lucidité, critique paraît bien adaptée. Par contre, l'état physique empire, la température reste très élevée et oscillante, malgré l'incision de l'abcès depuis plus de 3 semaines.

Traitée par le *moruate d'éthyle*, à partir du 13 octobre. Température moins élevée.

Actuellement (25 octobre) excellent état psychique. Légère reprise de poids. État général très amendé.

Examen radiographique (19 octobre) : Sommet gauche très légèrement diminué de transparence, mais s'éclaire bien à la toux. Quelques opacités dans la région sous-claviculaire. Ombres hilaires à droite assez marquées avec quelques calcifications disséminées. Sinus clairs.

Le 17 octobre cuti-réaction : +.

L'état général est très mauvais : on trouve du B. K. dans les crachats. Et si l'état psychique se maintient bon, l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire, nous fait craindre une issue fatale.

Mais vers la fin d'octobre la température tombe, se maintient autour de 38°, et la malade entre dans une période de convalescence. Un bon état général est vite récupéré et le 24 novembre nous autorisons sa sortie.

Certificat de sortie (24 novembre 1933) : État d'excitation à type confusionnel chez une bacillaire avérée. Traitement par association sulfochrysothérapique. Rémission actuelle avec récupération d'un bon état général. Devra continuer à faire traiter son état pulmonaire (Pr CLAUDE).

La convalescence se poursuit dans de très bonnes condi-

tions et nous la retrouvons en avril 1934 complètement remise.

Ne tousse pas. Se plaint seulement de quelques maux de tête et de vertiges. Son caractère a changé. Elle nous dit : « Je suis beaucoup moins nerveuse qu'avant ». On note une légère hyperhydrose palmaire. Les mains sont toujours moites.

Le poids qui était tombé à 39 kg. 500 en octobre, atteint aujourd'hui 61 kg. 500.

Sur nos conseils la malade va se reposer encore six mois à la campagne, avant de reprendre ses occupations de dactylo.

Numération globulaire et formule sanguine

Date	24 juin	27 juillet	1 ^{er} août	27 septembre	18 novembre
Hémoglobine.....	75	85	85	85	85
Glob. Rouges.....	4.130.000	3.525.000	3.500.000	3.665.000	4.150.000
Glob. Blancs.....	13.100	19.000	20.250	19.500	7.700
Lymph. et Mono..	6,5	21	14,5	4,5	17
Grand Mono.....	5,5	6	7,5	3,5	13
Poly.....	88	70,5	77	88,5	64
Eosinophilie.....	0	1	0	0	3
Transition.....	0	1,5	1	3,5	2,5
Baso.....	0	0	0	0	0,5

En résumé : Syndrome hébéphrénocatatonique d'apparition récente (moins d'un an) chez une jeune fille de 22 ans bacillaire avérée.

Traitement par l'association sulfosine-solganal. Grosses réactions locales et générales. Déclanchement d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide,

tandis que l'état psychique devient bon. Arrêt du processus pulmonaire, récupération d'un bon état général. Etat mental en rémission complète depuis 6 mois. Etat général bon.

La réaction de Vernes-Résorcine a atteint : 95.

OBSERVATION IX

M^{lle} Boy..., 21 ans, élève-infirmière.

A. H. Père tuberculeux, s'est suicidé.

Mère bien portante, mais avec tendance à la dépression.

Un frère a présenté vers 17 ans une période de mélancolie.

A. P. Rien de particulier dans sa première enfance.

Les règles se sont établies difficilement en 1925, à 12 ans, puis sont restées normales jusqu'en 1929.

Elle a eu son B. E. à 17 ans. A ce moment, surmenage, amaigrissement. Pleurite. Interrompt ses études en avril 1929. Les règles sont devenues très fréquentes, très abondantes.

Le 15 août 1929 commencement des troubles mentaux qui la font conduire au Service de Prophylaxie mentale. On note une poussée de furonculose.

1^{er} internement.

Certificat immédiat : (16 octobre 1929)... « Est atteinte d'un syndrome hébéphrénique caractérisé par un léger degré d'affaiblissement intellectuel et une activité hallucinatoire à base d'anxiété. Interprétations constantes, idées de suicide. Onirisme nocturne. Apyrexie. S'alimente. Calme dans le service. (D^r LEROY).

Certificat de quinzaine : (29 octobre 1929)... « présente un état de dépression anxieuse, avec asthénie, craintes

diffuses, sentiment d'étrangeté, amaigrissement. Sédation des phénomènes pseudo-hallucinatoires manifestés à l'entrée (D^r SCHIFF).

Certificat de situation : (26 novembre 1929)... « Il ne reste qu'une légère anxiété avec une dépression très peu marquée. Le rétablissement complet de la malade nous paraît prochain.. » (D^r MORLAAS).

Certificat de sortie : (1^{er} février 1930)... « A présenté depuis le mois d'octobre des alternances de dépression anxieuse et d'excitation hypomaniaque. Elle est actuellement très améliorée et parfaitement calme (D^r MEIGANT).

Vie en liberté. Elle est institutrice pendant un an ; puis en 1931 devient élève infirmière à la Salpêtrière. Très bonne première année. Vacances. Elle rentre en octobre 1932. Tout va bien.

Décembre 1932 : Grippe avec bronchite sans accidents pulmonaires. Rien d'anormal au point de vue psychique pendant cette grippe qui dura une semaine.

Quinze jours après dépression. Craint d'être devenue tuberculeuse. Examen somatique négatif.

En janvier 1933, les règles n'apparaissent pas. Le mois suivant, aménorrhée, dépression.

Le 15 mars : Doit quitter l'École : excitation, logorrhée. Le lendemain, agitation plus incohérente.

Le 21 mars 1933 : placée dans le service du D^r CROUZON où on doit la camisolier. Sort 2 mois après, le 26 mai. Va dans l'Aveyron.

Le 8 juin, elle est ramenée à la Salpêtrière.

2^e internement :

Réquisition de la Salpêtrière : (13 juin 1933) ... « périodes d'agitation avec cris, chants, alternant avec des accès de dépression. L'affectivité paraît conservée. Bien orientée, etc... (D^r J. CHRISTOPHE).

Certificat immédiat : (14 juin 1933). « État d'agitation.

Tendances dépressives. Eréthysme émotif. Obtusion. Troubles de la menstruation » (D^r EY).

Certificat de quinzaine : Le 7 juillet 1933... « Actuellement calme, bien orientée, affectivité satisfaisante ». (D^r MASQUIN).

Certificat de sortie : (18 juillet 1933). « État périodique. Deuxième accès. Calme dès l'entrée. Affectivité satisfaisante. A revu ses règles » (D^r MASQUIN).

Le 8 octobre, les règles moins abondantes s'accompagnent de malaises et de prurit généralisé. Le 9 octobre, les troubles mentaux reprennent.

3^e internement :

Certificat d'internement : le 17 octobre 1933... « En observation au service de Prophylaxie mentale depuis le 11 octobre : est atteinte d'un état confusionnel. Début il y a moins d'un mois. Excitation intense, propos incohérents, euphoriques, anxieux. Actuellement, impression de transformation, inquiétudes, ne reconnaît rien. Se croit au milieu de fausses malades, doute être dans un hôpital, ne comprend rien à ce qui l'entoure. Crainte d'empoisonnement (refus de médicaments pour ce motif). Interprète les propos du personnel ou des malades. Cela se rapporte à son cas. On veut sans doute abuser d'elle. S'est crue dans une maison de prostitution. Anxiété, turbulence avec impulsions violentes subites. Terrain tuberculeux. Pleurite vers 17 ans. L. C. R. : Alb. : 0,20 ; Glob. R : 0. Leuco : 0,2. Benjoin : 00000.02100.00000. B.-W., Meinicke, Parégorique négatifs. Az. : 0,23 (D^r COURTOIS).

2^e Certificat... « Est atteinte de schizophrénie probable en évolution.

Obnubilation intellectuelle, réponses à côté. Idées confuses de persécution. On veut lui faire du mal, la livrer à la prostitution.

Anxiété. On veut la faire mourir. Bizarries. Se met nue

sur son lit. Restrictions alimentaires. Excitation par intervalles. Chants. Pleurite ancienne » (Dr DUPOUY).

Certificat immédiat : (19 octobre 1933)... « État confusionnel, avec dépression, fatigue, anémie. Deux entrées antérieures pour syndrome périodique (excitation et dépression).

Actuellement gros troubles de l'attention, des associations, barrages de la pensée. Conservation de la mémoire contrastant avec absence complète de suite dans les idées. Inconsciente de l'état morbide. Schizophrénie probable procédant par poussées évolutives sur terrain bacillaire (Pr H. CLAUDE).

Le 25 octobre, nous la soumettons au traitement par sulfosine et myoral; 10 injections de sulfosine et 9 injections de myoral 5×1 cc. + 4×2 cc. Terminé le 6 décembre 1933.

Certificat de quinzaine : (1^{er} novembre 1933)... « Amélioration de l'état confusionnel et de l'état physique. Reste en traitement d'une façon continue pour améliorer l'état général » (Pr H. CLAUDE).

15 novembre 1933 : Refus d'aliments. Très agitée.
18 novembre : S'est bien alimentée. Fuite des idées, barrages, incohérences.
25 novembre : Plus calme. D'abord contente, puis soudain anxieuse. « La bouée de sauvetage!! »
2 décembre : Déchire toute la journée.

6 décembre : Nous continuons le traitement par 6 injections hebdomadaires de 3 cc. de myoral (terminées le 3 janvier).

15 décembre : Plus calme. Bien orientée, aimable, quelques sourires sans cause. Réponses vagues. *13 janvier*. Dépression : « Je ne pourrai plus reprendre mon travail. Je ne m'intéresse plus à rien ».

25 janvier : Nouvelle série de sulfosine et myoral.

6 injections de sulfosine et 6×3 cc. de myoral, traitement suspendu le 17 février.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Myoral	Temp. max.	Observations
<i>1^{re} Série</i>				
27 octobre	1 cc.		39	
30 »		1 cc.	37,4	
1 ^{er} nov.	2 cc.		38,4	
4 »		1 cc.	37,4	
6 »	3 cc.		38,4	
8 »		1 cc.	37,2	
9 »	4 cc.		39	Réactions générales fortes
12 »		1 cc.	37,8	
15 »	5 cc.		39	Sérum glucosé 250 gr. par jour jusqu'au 20 novembre.
17 »		1 cc.	38,4	
18 »	6 cc.		39,4	
20 »		1 cc.	37,2	
22 »	7 cc.		38,6	
23 »				Vernes-Résorcine : 77
24 »		2 cc.	37,8	
25 »	8 cc.		39	
27 »		2 cc.	37,8	
29 »	9 cc.		38,7	
1 ^{er} déc.		2 cc.	38,2	Fortes réactions locales
4 »	10 cc.		38,8	
7 »		3 cc.	37,2	
11 »				Vernes-Résorcine : 38
13 »		3 cc.	37,6	
20 »		3 cc.	39	
27 »		3 cc.	37,2	
3 janvier		3 cc.	37,2	Vernes-Résorcine : 33

Date	Sulfosine	Myoral	Temp. max.	Observations
2 ^e Série				
25 janvier	1 cc.		37,8	
27 »		3 cc.	37,6	
30 »	2 cc.		37,4	Vernes-Résorcine : 58
31 »		3 cc.	37,6	
2 février	3 cc.		38,2	
5 »		3 cc.	37	
6 »	4 cc.		38,2	
9 »	5 cc.		39	
10 »		3 cc.	38	
15 »	6 cc.		39	
17 »		3 cc.	39	Abcès de la fesse Incision de l'abcès
23 »			37	
9 mars			39	Angine
15 »				Cacodylate de soude jusqu'au 25 mars.
23 »			37,4	Vernes-Résorcine : 36
29 »			39,8	Pleurésie
6 avril			38,5	Morhuate d'éthyle jusqu'au 18 avril.
11 »			37	
19 »			37	Gaurol
23 »			37,4	Vernes-Résorcine : 39

27 janvier : Agitation, refus d'aliments, logorrhée.
Salade de mots.

Résultat psychique du traitement :

5 février : Agitation plus nettement maniaque.

12 février : Calme. Remarques pertinentes. S'alimente bien. Légère reprise de poids.

12 mars : Présentation hypomaniaque atypique.

15 mars : Présentation normale. Orientation parfaite. Plus d'élément hypomaniaque. Demande sa sortie.

25 mars : L'état se maintient très bien. Pas d'affaiblissement intellectuel.

L'abcès n'est pas encore guéri, suppure un peu. Sortie en rémission complète (mai 1934).

Résultats physiques et biologiques :

Pendant la 1^{re} série les réactions thermiques sont plutôt faibles. La température atteint 39° plusieurs fois, mais ne dépasse pas ce chiffre.

Les réactions locales sont faibles. On note seulement de la douleur pendant les deux jours qui suivent l'injection.

A partir de la 4^e piqûre, la malade s'affaiblit. Vertiges, douleurs rhumatoïdes, sueurs. On lui fait quotidiennement 250 gr. de sérum glucosé, du 11 au 20 novembre.

Pendant la 2^e série, les réactions générales sont plus fortes. Température : 39° avec 5 cc.

Les réactions locales sont faibles au début, mais à la sixième injection : douleur, rougeur, empâtement. Un abcès se collecte et on l'incise le 20 février. Le traitement est interrompu.

Le 9 mars on note encore un clocher de température. C'est une angine.

Courbe de poids : 5 novembre : 60 kg. 800 ; 15 novembre : 57 kg. 500 ; 4 décembre : 53 kg. 500 ; 15 décembre : 53 kg. ; 1^{er} janvier : 54 kg. ; 15 janvier : 56 kg. 600 ; 15 mars : 54 kg. ; 25 mars : 57 kg. 200 ; 20 avril : 60 kg. ; 2 mai : 61 kg. 700.

La pyrétothérapie provoque une chute rapide à 53 kg., puis à 51 kg. 500. Ce poids est vite repris dès que le traitement est terminé.

Le 2 mars, frisson, élévation de température, matité. On retire un liquide citrin de la plèvre droite. La température

reste élevée environ une semaine. Puis la convalescence se fait bien. L'appétit est bon. L'état mental reste bon.

Règles : Abondantes et fréquentes pendant le traitement, tous les 20 jours environ : 1^{er} octobre, 26 octobre, 19 novembre, 15 décembre, 1^{er} janvier, 21 janvier, 11 février, 7 mars, 26 mars, 18 avril, 7 mai.

Examens complémentaires :

Radiologie : Le 30 juillet 1933 : Aspect thoracique normal.

Le 19 octobre 1933 : Aspect thoracique normal.

Le 30 octobre 1933 : Tout le côté droit est moins transparent que le gauche. Opacité au niveau des hiles avec de nombreux prolongements fibreux vers le diaphragme.

Le 25 avril 1934 : Sommets clairs s'éclairant bien à la toux. Champs pulmonaires clairs. Trame un peu plus marquée à droite qu'à gauche.

Sinus cardio et costo diaphragmatiques, normaux.

Sang : Réaction de Vernes : novembre 75 ; février : 58 ; mars : 36. Vitesse de sédimentation : le 22 février, 29 millimètres à l'heure. Le 25 mars, 16 millimètres.

Numération globulaire et formule sanguine

	Octobre 33	7 nov. 33	20 nov. 33	4 déc. 33
Hémoglobine %	80	90	85	85
Globules rouges	4.210.000	4.625.000	3.925.000	4.260.000
Globules blancs	5.100	18.300	19.500	8.900
Lymph. et Monos	16	10,5	6,5	13
Grands Monos	11	2	4,5	2,5
Polynucléaires	68,5	84,5	85	76
Eosinophiles	2	0,5	0,5	3,5
Transition	2,5	2,5	3	4,5
Basophiles	0	0	0	0,5

Liquide céphalo-rachidien : Le 29 janvier 1934 :

Albumine : 0,20. Glycose : 0,34. Cytologie : 0,8. Quelques globules rouges. Wassermann, Meinicke : négatives. Benjoin : 00000.02100.00000, Pandy : 0.

Cuti-réaction : Le 24 octobre : +. Le 17 novembre : +. Le 20 janvier : +. Le 25 mars : ++.

Intradermo-réaction : A la tuberculine : 24 octobre : étendue de la réaction en centimètres : $2,5 \times 2$. 20 janvier : 2×2 ; à l'*ultravir* : 24 octobre : $3 \times 2,5$; le 17 novembre : 0 ; le 20 janvier : $4,5 \times 4$.

Ophthalmologie (26 juillet 1933) : Aucune lésion, aucune anomalie.

En résumé : Jeune fille à terrain tuberculeux présentant depuis 4 ans des alternatives de dépression et d'excitation qui ont nécessité trois internements et un placement dans un service libre.

Le dernier épisode est un accès de dépression, s'accompagnant de troubles de l'attention, de l'association des idées, de barrages de la pensée : en somme, schizomanie procédant par poussées évolutives sur terrain bacillaire.

Traitement intensif de trois mois et demi par sulfosine et myoral (42 cc. de myoral). Grosse réaction pendant la 2^e série. Vernes-Résorcine à 75.

L'état général est très touché, mais remonte rapidement.

L'état mental passe par une période maniaque pour aboutir à une rémission complète qui se maintient depuis 2 mois.

A ce moment une pleurésie séro-fibrineuse se déclare.

Sortie en rémission complète. L'état général est bon.

II. Malades ayant présenté des rémissions transitoires ou partielles

OBSERVATION X

Mlle Gouy... Yvonne, 22 ans.

A. H. Son père, 51 ans, a subi en 1925 une néphrectomie pour tuberculose rénale. En plus, bronchite chronique, mais n'a jamais eu de B. K. dans les crachats. Sa mère, bien portante, a 48 ans. Pas de fausses-couches. Elle a un seul frère de 20 ans, bien portant. /

A. P. Rien à signaler dans sa première enfance.

Elle suit l'école primaire mais n'obtient pas son C. E. P. De 13 à 21 ans travaille comme couturière et donne satisfaction. Les règles s'établissent à 14 ans, mais irrégulièrement. Elle perd peu. A 15 ans, aménorrhée transitoire à la suite d'un choc affectif.

Caractère : Elle est timide, émotive, hésitante, jamais sûre d'elle-même. Elle ne sort pas ; n'a pas d'amies, mais pense beaucoup à se marier.

A 20 ans, à l'Hôtel-Dieu, à l'occasion d'une choroïdite, un Bordet-Wassermann se montre positif et elle est traitée à l'acétylarsan. Traces d'albumine dans les urines à ce moment.

Début des troubles : juin 1933.

Début brusque. Le 24 juin 1933, s'éveille la nuit dans une crise de terreur : « J'ai peur, j'ai peur ». Elle embrasse sa mère : « Ce que tu es belle ! ». Le lendemain, elle est calme.

mais paraît bizarre. Le surlendemain « on va la mettre dans la cage aux lions ». Refus d'aliments.

On la conduit à l'hôpital Henri Rousselle, d'où elle est envoyée à Ville-Evrard.

Certificat d'internement pour Ville-Evrard (28 juin 1933). : est atteinte d'agitation anxieuse remontant à une semaine environ. Idées délirantes à type mélancolique, d'indignité et d'auto-accusation. Elle a tué ses parents, elle a volé. Elle a déchiré la photographie de « celui » qui était mort à la guerre, elle ne fait pas son devoir de fille. Elle n'a pas compris.

Aurait présenté récemment des hallucinations visuelles. Elle voyait des ombres dans la nuit. Elle avait des flèches dans l'œil. Actuellement bien orientée. N'avoue pas ses idées de suicide. Cris, pleurs, insomnie. Refus d'aliments (D^r Y. ANDRÉ).

2^e certificat : (29 juin 33)... « Est atteinte d'un délire mélancolique. Idées d'auto-accusation. Déclamations. Elle a tué ses parents, elle a volé, elle n'a pas fait son devoir. Maintenant elle a compris ». Anxiété. Cris. Appelle le Bon Dieu. Ce matin, inertie, état stuporeux. Mutisme complet. Difficulté de l'alimentation. Gâtisme (D^r R. DUPOUR).

A Ville-Evrard a été traitée par des injections de nucléinate de soude.

Elle sort le 30 juillet en rémission à peu près complète.

Mais, bientôt, redevient hésitante, pleure, tient des propos bizarres, ne s'intéresse à rien. Pendant le mois d'août, crises fréquentes d'agitation psychomotrice avec chants, déambulation. Deux fois ces crises durèrent un quart d'heure. La malade criait à en perdre la respiration. Pendant cette période : aménorrhée. Elle a vu ses règles le 30 juin et ne les revoit que le 30 août puis le 6 octobre.

Elle entre dans notre service le 16 octobre 33.

Deuxième internement : (11 octobre 1933) « est atteinte de schizophrénie. Attitude hostile et boudeuse. Propos

monosyllabiques. Réponses ordurières à la mère, contrastant entièrement avec le comportement antérieur. Incurie depuis plusieurs mois. Début en juin 1933 après une courte phase interprétative par raptus anxieux et préoccupations mélancoliques. Possibilité de troubles psychosensoriels par intervalles. Gros troubles vaso-moteurs. Constipation opiniâtre. Dysménorrhée. Dents mal implantées. Choréïdite de l'œil droit il y a 2 ans avec le B.-W. positif. Hérédo-spécificité. »

Internée à Ville-Evrard en juillet 33. Sortie calmée, mais non guérie » (Dr TINEL).

Certificat immédiat : (18 octobre 1933). Syndrome de D. P. d'origine hérédo-syphilitique (Dr H. EY).

Certificat de quinzaine : (30 octobre 33). « D. P. à forme d'hébéphrénie ; impulsivité, agressivité, inaffectivité, opposition, rires immotivés. Hérité spécifique et bacillaire (Pr H. CLAUDE).

Le 25 octobre : On commence le traitement par la sulfosine associée à l'allochrysine : 9 injections de sulfosine (de 2 à 10 cc).. 10 injections ($4 \times 0,05 + 3 \times 0,10 + 3 \times 0,20$) d'allochrysine, soit 1 gr. 10 d'allochrysine.

Les réactions locales sont moyennes : peu de douleur, léger empâtement.

La température dépassa 39° à partir de la 4^e injection : max. 39,5 avec 10 cc. de sulfosine.

Les injections intercalaires d'allochrysine produisent plusieurs fois une nouvelle élévation de température. Tendance syncopale le lendemain de la 1^{re} injection de sulfosine.

Traitement terminé le 13 décembre.

On note quelques traces d'albumine dans les urines, et l'apparition d'une petite éruption thoracique, prurigineuse.

Les jours suivants, l'éruption s'étend, gagne la face, tout le tronc et la partie supérieure des cuisses. L'hyposulfite de

soude est administré par voie veineuse à la dose de 0,50 pendant 10 jours

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
<i>1^{re} Série</i>				
25 oct.	2 cc.		38,8	
28 »		0,05	37,2	
30 »	3 cc.		38,6	
1 ^{er} nov.		0,05	37,4	Réactions locales moyennes
2 »	4 cc.		39,2	
4 »		0,05	39,3	
7 »	5 cc.		39	
10 »		0,05	37,5	
12 »	6 cc.		39	
14 »		0,10	38,8	
17 »	7 cc.		39	
20 »		0,10	37,8	
22 »			37	Vernes-Résorcine : 83
22 »	8 cc.		38	
24 »		0,10	37,7	
25 »	9 cc.		39	Réactions moyennes
28 »		0,20	37,2	
29 »	10 cc.		39,5	
4 déc.		0,20	37	
11 »		0,20	36,4	Vernes-Résorcine : 65
Le traitement est interrompu. Erythème aurique. On fait de l'hyposulfite de soude en injections intra-veineuses.				
3 janv.			37,2	Vernes-Résorcine : 15

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
<i>2^e Série</i>				
10 janv.	1 cc.		38,2	
12 »		0,05	37,4	
13 »	2 cc.		38,1	
17 »		0,05	37,3	
20 »	3 cc.		38,7	
23 »		0,05	37	
24 »	4 cc.		38,5	
27 »		0,05	37,6	
29 »	5 cc.		39,5	
1 ^{er} févr.		0,05	37	
2 »	6 cc.		39	
3 »			39	Vernes-Résorcine opalescent
6 »		0,05	37	
7 »	7 cc.		38,2	
13 »		0,05	37,4	
15 »	8 cc.		39,2	
20 »		0,05	36,7	
21 »	9 cc.		39,1	
23 »			39	Vernes-Résorcine : 118
26 »	10 cc.		39,2	

Le 22 décembre la dequamation est importante au thorax

Le 22 décembre la desquamation est importante au thorax, elle gagne la face et la partie supérieure des cuisses.

L'état mental ne s'est pas modifié : rires immotivés, discordance, négativisme.

Reprise du traitement du 10 janvier au 27 février : 10 injections de sulfosine. 8 injections de 0 gr. 05 d'allochrysine.

Les réactions locales sont moyennes : peu ou pas de douleur, léger empatement de la région.

La température atteint 39°5 et dépasse 39 à plusieurs reprises.

Résultat du traitement :

Le 15 mars : État stationnaire.

Le 16 mars : Éruption scarlatiniforme, commençant au cou, gagnant ensuite le thorax. Prurit. Se plaint de maux de gorge. Pas de température. Hyposulfite de soude. Le 22 desquamation. Le 25 mars : L'éruption est guérie.

Elle est impulsive. On doit la camisolier. Phosphaturie abondante. N'a pas ses règles.

Le 27 mars : Parmi les rires et les grossièretés, on note : « quelques réponses adaptées ». Le 2 avril : L'amélioration se précise. Elle a bien reçu sa mère et son père. Réponses adaptées. Mimique adaptée. Accueil souriant. Le 4 avril : Elle a fait son lit, tricote un pull-over. Descend au jardin. parle beaucoup. Un peu grossière. *Le 13 avril :* Présentation hypomaniaque ; elle est présente, a des réponses adaptées, mais aussi on note « rires immotivés, mimique parfois discordante ». Hyperhydrose considérable.

Le 14 avril : S'occupe, essaye de lire le journal, regarde des images. Pleure « parce qu'elle n'a pas toujours bien reçu sa maman ».

Le 16 avril : L'amélioration persiste. Descend au jardin. Comportement normal dans l'ensemble. Toutefois rit et pleure facilement.

Testée le 17 avril : Attention très difficile à fixer. Grande fatigabilité. Maux de tête au bout d'un quart d'heure. Cette fatigue révèle le trouble sous-jacent, qui se manifeste alors par des rires, des phrases inachevées, barrages, incohérences.

En dehors de l'examen, mimique adaptée. Prend congé avec politesse. Comportement à peu près normal dans le service.

Poids : Octobre : 62 kilogrammes ; novembre : 61 kg. 200 ; décembre : 59 kilogrammes ; janvier : 61 kg. 300 ; février : 63 kg. 700 ; mars : 66 kg. 300 ; avril : 73 kg. 300.

L'amélioration se maintient.

Nous lui donnons sa sortie le 18 avril 1934.

Certificat de sortie : (18 avril 1934)... « Démence précoce à forme hétérophrénique. Présentait à l'entrée après une phase mélancolique de l'agressivité avec impulsivité, opposition, phases de mutisme, grossièreté, rires immotivés, hérédité spécifique et bacillaire. Accentuation progressive des troubles délirants durant la première partie de l'hospitalisation avec augmentation de l'indifférence.

Récupération rapide après passage par une phase d'excitation hypomaniaque. Retour successif de l'activité, de la coordination des réponses. Actuellement, réponses pertinentes, mais fatigabilité de l'attention rendant encore impossible une appréciation des tests mentaux. Sédation de l'état hypomaniaque. Affectivité familiale normale. Explication spontanée de l'état mental.

Réclamée par sa mère, peut sortir bien que ses règles ne soient pas encore revenues. »

Cette rémission ne s'est pas maintenue. Elle a vu ses règles le 4 mai. Mais le 16 elle revient à nouveau dans le service pour un état d'excitation avec logorrhée, bris de carreaux, rires immotivés.

Examens complémentaires :

Radiographie : (20 octobre 1933) : Sommets et champs pulmonaires clairs. Arborescences et calcification au niveau des hiles.

Sang : Wassermann, Meinicke, négatifs : 3 novembre 1933.

Réactions de Vernes-Résorcine : 19 octobre : 13 ; 23 novembre : 83 ; 12 décembre : 65 ; 3 janvier : 15 ; 23 février 118.

Vitesse de sédimentation : 23 février, 64 millimètres.

Lipides : Le 19 octobre 33. Lipides totaux : 8,97. Ac gras : 4,28. Cholestérine totale : 2,30. Coefficient lipolytique : 0,53.

Numération globulaire et formule sanguine

	25 octobre	31 octobre	13 nov.	13 déc.
Hémoglobine %	90	85	85	90
Globules rouges.....	4.545.000	4.070.000	4.320.000	4.160.000
Globules blancs	11.500	22.100	21.000	10.200
Lymph. et Monos % .	23,5	6,5	7	12
Grands Monos %.....	3,5	5,5	3	3
Poly %.....	65	85	88	79,5
Eosinophiles %.....	4	0,5	0	3,5
Transition %.....	4	2,5	1,5	1,5
Baso. %	0	0	0,5	0,5

	18 décembre	20 décembre	28 décembre
Hémoglobine %	85	90	90
Globules rouges.....	4.400.000	4.140.000	4.670.000
Globules blancs	10.200	10.200	11.100
Lymph. et Monos % .	22	20	22,5
Grands Monos %.....	2	2,5	1,5
Poly. %	67,5	71,5	67
Eosinophiles %.....	4,5	3	5,5
Transition %.....	3	3	1
Baso. %	1	0	2,5

L'hyperleucocytose est importante : 22.100 G. B., 3 jours après la 9^e injection de sulfosine. A noter également l'éosinophilie. Elle existait avant le traitement, elle a disparu au cours de ce dernier pour réapparaître au moment de l'éruption.

Cuti-réaction : 15 octobre : +, 17 novembre : 0, 23, mars : +.

Intra-dermo-réaction à la tuberculine : 15 octobre : infiltration : 2 cm. $\times$ 2 cm. halo 5 cm. $\times$ 5 cm.

17 novembre : Infiltration $\pm$; halo 0 cm. 5 $\times$ 0 cm. 5.

6 avril : Infiltration 3 cm. $\times$ 4 cm. ; halo 1 $\times$ 1.

Intra-dermo-réaction à l'ultravirus : 15 octobre : infiltration 2,5 $\times$ 2,5 ; halo 5 $\times$ 5. 17 novembre : négative ; 6 avril : négative.

Ophthalmologie : 27 février 34 : Quelques taches disséminées de choroïdite à l'œil droit.

Urines : 20 décembre 33 : Recherche du colibacille. Examen direct négatif. Cultures négatives.

En résumé : Hébéphrénie d'apparition récente chez une jeune fille de 22 ans. Hérité spécifique et bacillaire.

Traitement par sulfosine et allochrysine : deux séries, dose totale d'allochrysine : 1 gr. 50.

Réactions locales et thermiques fortes. Vernes-Résorcine à 118. Petite érythrodermie avec éosinophilie après 1 gramme de sel d'or.

Résultat : augmentation considérable du poids.

Amélioration du point de vue mental équivalent à une rémission complète. Celle-ci ne dura que quatre semaines et fut suivie de rechute après le retour des règles.

OBSERVATION XI

M^{lle} Last..., 30 ans.

A. H. Pas de renseignements sur le père et la mère.

Une sœur morte de la grippe.

A. P. Née à terme. S'est bien développée pendant sa première enfance. Scarlatine et coqueluche.

A 7 ans, adénite cervicale gauche opérée aux Enfants-Malades A la suite de l'opération, délire nocturne, onirisme terrifiant. Elle en garde la peur des hôpitaux.

A l'école primaire ne peut obtenir son certificat d'études.

A quinze ans commence son apprentissage dans la couture.

Les premières règles apparaissent alors. Elles sont normales jusqu'à 18 ans. A ce moment ménorragies importantes et anémie. On la soigne à « La Charité ».

Début des troubles : Mai 1924.

En mai 1924, à la Charité, malgré son opposition on lui fait une prise de sang. Quatre jours après, insomnie, peur, désir de fugue, anxiété. Ces phénomènes persistent pendant 4 à 5 mois, puis tout rentre dans l'ordre.

En 1926 : Nouvelle crise : « Incohérence, dépression, idées bizarres, gestes stéréotypés (fermait la fenêtre plusieurs fois de suite). On ne note pas d'auto-accusations. Éléments hallucinatoires, idées d'influence : « mets le feu » ! Le Dr LAIGNEL-LAVASTINE lui recommande un séjour à la campagne.

En 1927 : Est hospitalisée à Blois. Sort physiquement améliorée, mais l'état mental s'est aggravé. Ne peut ni se lever ni se coucher. Marche voûtée. Fait et défait son chignon pendant des heures entières. Hallucinations probables.

En 1932 : Est traitée à Vitry par l'électricité. Ne parle plus de ses voix. Dort bien, s'habille normalement, mais en août ne veut plus y retourner, se met au lit, ne s'habille plus. Il faut lui monter ses repas.

Cauchemars nocturnes. Tentative de défenestration. Cris : « Les cochons. Ils m'ont tout pris, les vaches. » Se tord dans son lit.

Nous la recevons le 6 juillet.

Certificat immédiat (Le 6 juillet) : Indifférence émotionnelle et affective. Propos vagues et inachevés. Lenteur, imprécision, oubli des dates personnelles et familiales. Évolution antérieure prolongée d'après le certificat qui l'accompagne. Démence précoce probable. Type asthénique. Maigreur. Pâleur. État général précaire. Refus partiel d'aliments. Cicatrice d'adénite cervicale gauche (D^r H. Ey).

Testée le 6 juillet : Ne comprend aucune question. Répète au hasard un ou deux mots, ou prononce des mots sans suite. Pleurs. Fuite.

Certificat de quinzaine (19 juillet 1933) : Démence précoce. Inertie. Indifférence émotionnelle. Début ancien des troubles. État général médiocre (P^r H. CLAUDE).

Le 18 septembre nous commençons la sulfochrysothérapie qui se termine le 18 novembre. Elle reçoit : 11 injections de sulfosine et 8 injections de crisalbine, soit en tout 1 gr. 05 de sel d'or.

Le 7 novembre : Amélioration du comportement, plus sociable, plus docile, un peu plus active.

Amélioration de l'affectivité. Parle de ses parents avec affection, pleure au souvenir de sa sœur. Toutefois, éléments hallucinatoires sans changement, avec mots absurdes d'une langue inconnue. Ordres stéréotypés : « lève-toi ! » — « va-t-en ». Sentiment d'étrangeté.

Acceptation souriante de sa situation. Pas de construction délirante appréciable. Désorientation (1940).

On continue le traitement. Du 18 novembre au 19 décembre. 5 injections ($3 \times 0,20$ et $3 + 0,25$) d'allochrysine.

Le 19 décembre : Calme depuis quelques jours. Propos toujours dissociés, mais lit le journal, s'occupe de broderie. Au total, amélioration certaine, mais reste encore indifférente à son état. Au cours d'une visite, reçoit son père, sans dire un mot, mais essaye de le retenir au moment du départ.

Le 11 janvier : nouvelle série de sulfochrysothérapie :

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Crisaline	Temp. max.	Observations
<i>1^{re} Série</i>				
18 sept.	1 cc.		37	
21 »		0,05	37	
22 »	2 cc.		37,8	
25 »		0,05	37	
27 »	3 cc.		38,8	
2 oct.		0,10	37,2	
3 »	4 cc.		38,7	
6 »		0,15	37,5	
9 »	5 cc.		38,5	
11 »		0,15	38,2	
13 »	6 cc.		39,4	
15 »		0,15	38,7	
18 »			36,5	Vernes-Résorcine : 94
19 »	7 cc.		38,8	
21 »		0,20	39,6	
25 »	8 cc.		39,2	Réactions locales fortes
30 »		0,20	38	
2 nov.	9 cc.		39,5	
8 »	10 cc.		39,8	
12 »			37	Vernes-Résorcine : 74
13 »		0,20	37,6	
16 »	10 cc.		39,8	On craint la formation d'un abcès
20 »		0,20	37,5	
27 »		0,20	37	
5 déc.		0,25	37	
7 »			37	Vernes-Résorcine : 54
12 »		0,25	37,3	
19 »		0,25	37	

2^e Série

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
11 janv.	1 cc.		37,5	
12 »		0,05	37,5	
13 »	2 cc.		37	
17 »		0,05	37	
18 »	3 cc.		37	
20 »		0,05	37,8	
23 »	4 cc.		38,5	
25 »		0,05	38,2	
27 »	5 cc.		38,6	
30 »		0,10	37	
1 ^{er} févr.	6 cc.		39	
3 »			38,4	Vernes-Résorcine : 84
5 »		0,10	36,8	
6 »	7 cc.		38,2	Réactions locales faibles
9 »		0,10	37,2	
10 »	8 cc.		38,8	
15 »		0,10	37,2	
21 »	9 cc.		39	
26 »	10 cc.		39,1	

10 injections de sulfosine et 8 injections d'allochrysine ($4 \times 0,05 + 4 \times 0,10$). Terminée le 27 février. Elle a reçu en tout : 1 gr. 05 + 1 gr. 35 + 0 gr. 60 de sel d'or.

En février, état stationnaire. Pleurnicheries. Voudrait que son père l'emmène, mais au total indifférente à son état. Ne sait pas son âge. Ne connaît pas la date.

Le 19 mars : même état. La malade est cependant calme. Pourrait être reprise à titre d'essai par la famille qui peut la surveiller.

Résultats physiques et biologiques :

Les réactions thermiques furent intenses pendant la première série : 2 fois 39°8 avec 10 cc. de sulfosine ; 2 fois 39°5 avec 7 cc. et 9 cc.

Grosses réactions locales : après la 10^e injection, douleur, rougeur, empâtement : on craint la formation d'un abcès.

Au cours de la 2^e série, réactions locales moins prononcées. Température maxima atteinte : 39°1.

Courbe de poids : juillet : 38 kg. 500. Août : 39 kg. 500. Septembre : 40 kilos. Octobre : 41 kg. 200. Novembre : 40 kg. 600. Décembre : 43 kilos. Janvier : 45 kilos. Février : 45 kog. 400. Mars : 45 kg. 500. Avril : 46 kg. 400.

Règles : elles se sont montrées le 10 juillet et le 21 août. Disparues pendant 3 mois, elles sont revenues le 12 décembre, 5 janvier, 26 janvier, 5 mars.

Examens complémentaires :

Radiologie : le 13 juillet 1933. Aspect thoracique normal.

Le 1^{er} décembre 1933 : sommets clairs s'éclairant bien à la toux. Champs pulmonaires clairs. Quelques ombres au niveau du hile. Sinus cardio et costo diaphragmatiques clairs.

Liquide céphalo-rachidien : 25 avril 1933 : albumine : 0,22. Cytologie : 0,6. B.-W. négatif. Benjoin : négatif.

Sang : Bordet-Wassermann négatif. Meinicke : négatif.

Réaction de Vernes : 7 juillet : 5 ; 18 octobre : 94 ; 12 novembre : 74 ; 7 décembre : 54 ; 3 février 1934 : 84.

Numération globulaire et formule sanguine

	26 sept.	2 octobre	17 octobre	23 octobre	30 octobre	6 novembre
Hémoglobine %	85	85	85	85	85	75
Gl. rouges	4.985.000	4.300.000	3.810.000	4.185.000	3.575.000	3.565.000
Gl. blancs.....	6.900	5.000	8.100	6.900	8.900	7.900
Lymph. Monos.	27,5	41,5	20	19	18	21,5
Gr. Monos	3,5	1	11,5	7,5	4,5	2
Polynucléaires .	67	50,5	61,5	67,5	74	74,5
Transition.....	2	3	5	3	2,5	1
Eosinophiles ...	0	3	0,5	1,5	0,5	0
Basophiles	0	1	0,5	1,5	0,5	1
Myélocytes	0	0	1	0		0

Cutiréaction : 9 juillet : ++. 17 novembre : + —.

Intradermoréaction à la tuberculine : 1 cm. 5 × 1 cm. 5
le 17 novembre à l'ultra-virus tuberculeux, 0 le 17 novembre.

En résumé : Démence précoce de type hébéphrénoc-
confusionnel évoluant par poussées depuis 9 ans
sur un fond de débilité mentale. Pas de tuberculose.
Traitement intensif et prolongé par l'association
sulfosine-allochrysine. Réactions fortes. Vernes : 94.

Amélioration transitoire au point de vue
psychique. Amélioration de l'état général.

OBSERVATION XII

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

M^{me} Dau..., 24 ans, modiste.

A. H. Dernière née d'une famille de 9 enfants. Père mort
de cancer à l'estomac. Mère bien portante. Un frère tuber-

Kerfridin

7

culeux. Une sœur internée depuis l'internement de la malade (psychose anxieuse).

A. P. Développement somato-psychique normal.

Aucune maladie importante dans ses antécédents (coqueluche, angines, rougeole).

Modiste dès l'âge de 12 ans. S'est mariée en 1927, à 20 ans. Insuffisance hépatique. Menstruation régulière et fréquente. Gestation et accouchement en 1929.

Début des troubles mentaux : Depuis longtemps, apathique et « nerveuse ». Après son mariage : ennui, sexualité peu développée, tendance à la frigidité depuis son accouchement.

Après son accouchement (octobre 1927) : aggravation de son apathie « lubies » « trous » dans la surveillance de l'enfant. Incurie ménagère, sommeil fréquent, désordre vestimentaire, négligences ; bizarreries du comportement : fait retourner les glaces, laisse l'enfant découper des livres de prix appartenant à son père. Idées de persécution. Interprétations délirantes. Crises de colère très violentes. Brusqueries à l'égard de son enfant.

En fin 1931 : crises d'agitation fréquentes, véritables « rages » destructives. Placée dans le service libre de la clinique en octobre 1932.

Certificat d'internement (7 janvier 1932) : « Est atteinte de troubles mentaux caractérisés par un affaiblissement intellectuel, indifférence affective, négligence complète d'elle-même et de ses enfants ; caprices, bizarreries, sautes d'humeur, réactions incohérentes ; colères terribles pour motifs futiles, bouffées anxieuses avec fugues, etc. (Dr TINÉL). »

Certificat de quinzaine (21 janvier 1932) : « Atteinte d'un syndrome de dissociation schizophrénique. Troubles du cours de la pensée. Barrages. Dérivations. Attitude et mimique paradoxales. Irruptions idéiques brusques. Hallucinations psychiques. Murmure indistinct dans la tête

dont elle ne peut dire s'il vient d'elle ou de l'extérieur. Croyances délirantes. Idées de persécution et d'influence. Cauchemars fréquents avec scènes oniriques macabres. Asthénie. Sentiment de déficience mentale qu'elle attribue à l'action conjuguée de tous ceux qui savent tous les détails de sa vie et les répètent en concentrant leur pensée maléfique sur son cerveau. Activité mentale discordante et discontinue. Pensée dégradée à type paranoïde (Dr MIGAULT).

Observation du service. A l'entrée : syndrome schizophrénique avec idées d'influence, hallucinations psychiques, rêveries morbides. État mental discordant : distractions, réponses à côté, discordance affective, ambivalence affective.

Février 1932 : discordance de plus en plus accusée. Réponses lentes. Somnolence. Accès d'agitation violente par intervalles surtout à l'occasion de la visite de ses parents. Doses importantes de strychnine.

Mars 1932 : même état. Traitée par staprolysate.

Mai-juin 1932 : incohérence de plus en plus marquée des propos. Impaludation.

Juillet 1932 : agitation violente. Colères incessantes. Impulsivité.

Septembre 1932 : même état de dissociation. Hématothyroïdine.

Décembre 1932 : troubles des associations. Réactions affectives paradoxales. Ambivalence. Agitation fréquente.

Janvier 1933 ; plus calme. Masturbation fréquente. Semi-mutisme. Indifférence.

Février et mars 1933 : traitée par sérum radio-actif sans résultat.

Juin-juillet : incohérence de plus en plus marquée. Gâtisme. Pendant toute cette période, aménorrhée complète et *embonpoint progressif* (de 55 kilogs à 67 kilogs). Pas d'hyperthermie.

Détail du traitement

	Sulfosine à 2 ⁰ / ₀	Allochrysine	Temp. max.	Observations
17 juil.	avant traitement			Vernes-Résorcine : 17
18 »	1 cc.		39,3	
19 »		0,05	38	
21 »	2 cc.		39,2	
24 »		0,05	37,6	Réactions locales faibles
25 »	3 cc.		40,3	
28 »		0,05	37,6	
31 »	4 cc.		40,3	
1 ^{er} août		0,05	38,8	
7 »	5 cc.		39,8	Grosses réactions locales
11 »		0,05	37,2	
14 »	6 cc.		39,6	
17 »		0,10	37,4	
21 »	7 cc.		39,2	
24 »		0,10	37	
28 »			39	Abcès de la fesse
31 »			39,9	
2 sept.		0,20	38	
3 »			37,3	Vernes-Résorcine : 71
8 »		0,20	36,6	
26 »			37	Vernes-Résorcine : 24
Reprise du traitement par sulfosine seule				
28 oct.	1 cc.		38	
30 »	2 cc.		39,6	
3 nov.	3 cc.		39,4	Réactions locales fortes
6 »	4 cc.		39,4	
9 »	5 cc.		39,8	
13 »	6 cc.		39,5	
16 »	7 cc.		38	
21 »	8 cc.		37,6	
23 »	9 cc.		38,9	
27 »	10 cc.		39,3	
1 ^{er} déc.	10 cc.		37,7	
4 »	10 cc.		39,4	
7 »	10 cc.		39,7	Albumine : 0

Un premier examen radiologique en décembre 1931, avait montré un aspect thoracique normal.

En janvier 1933 : une légère diminution de la transparence pulmonaire du côté droit. Les sommets sont clairs et s'éclairent bien à la toux. Les ombres hilaires sont plus accusées à droite qu'à gauche et présentent quelques ramifications surtout verticales vers le diaphragme. Sinus cardio et costo-diaphragmatiques normaux.

Traitement du 18 juillet au 8 septembre.

Résultats du traitement.

Au début de septembre, paraît mieux adaptée, comme « réveillée ». On note en particulier, la cohérence des réponses et un comportement correct pendant quelques jours, sans cesser cependant d'être gâteuse (gâtisme urinaire). Malheureusement, l'amélioration n'a persisté que quelques jours. Dans l'ensemble, elle se présente actuellement comme plus calme et plus facile. État physique amélioré. Transférée le 26 décembre 1933.

Certificat de transfert : « Démence précoce. Indifférence affective. Barrages. Réponses à côté. Bizarries. Sauts dans le lit. Dénudation. Cris par intervalles. Impulsivité. Déambulation. Gâtisme. Opposition. Début des troubles en octobre 1927 à la suite d'un accouchement, par bizarries, colères et troubles du comportement. Agitation et rages destructives en 1931. Aggravation progressive de la discordance ayant entraîné l'internement en janvier 1932. Impaludation (juin 1932), puis sérum radio-actif (mars 1933) sans résultat. Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie alternées de juillet à septembre 1933. Amélioration transitoire avec retour au calme. Amélioration de l'état général. Rechute actuelle non améliorée, malgré 10 accès normaux par sulfosine seule. Aménorrhée (Dr DUBLINEAU).

15 mai 1934 : l'état mental est stationnaire.

En résumé : Etat schizophrénique datant de

plusieurs années chez une femme indemne de tuberculose.

Traitement par sulfosine et allochrysine.

Réactions locales et générales fortes.

Maximum du Vernes-Résorcine : 71.

Amélioration transitoire.

OBSERVATION XIII

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

Mlle Lem... Renée, 15 ans.

A. H. Grand'mère maternelle morte de tuberculose à 38 ans. Père irritable, instable, mort de « congestion cérébrale ». Sa mère a accouché deux fois de morts-nés d'abord, puis en 1914 d'un garçon peu robuste, puis de la malade, et enfin d'un garçon mort à 4 ans, qui n'avait pas appris à parler.

Renseignements fournis par le service social de l'enfance en danger moral :

Développement et santé. Mère en bonne santé pendant la grossesse ; accouchement normal ; poids à la naissance : 4 livres 1/2. Allaitement au sein pendant un mois ; première dent, tard ; premiers pas à 2 ans. Propre à 3 ans.

Pas de convulsions. Diarrhée à 8 mois.

Renée jouit d'une bonne constitution (lettre de l'A. P. 24 avril 1931).

Histoire de l'enfant. Depuis sa naissance jusqu'au 25 décembre 1923, l'enfant est toujours restée avec ses parents. Elle restait souvent seule avec ses frères enfermée dans la maison, pendant que les parents travaillaient. Sa mère ne lui donnait pas les soins d'hygiène nécessaires. Parfois gâtée, le plus souvent elle était mal nourrie et mal vêtue.

A 6 ans est placée par l'Assistance publique (25 décembre 1924) où elle est encore actuellement.

Scolarité. Renée n'a pas fréquenté l'école maternelle.

L'Assistance publique nous fait savoir que « ses moyens intellectuels sont ordinaires et qu'elle n'a pu être présentée au certificat d'études, étant trop faible en calcul ».

Caractère. Avec sa mère. Renée est une enfant facile et aimante. L'Assistance publique nous écrit que « sa conduite est bonne ainsi que son caractère ».

Travail. Depuis le 1^{er} juillet 1930, Renée est placée par l'Assistance publique comme aide de couture chez ses anciens nourriciers.

31 mai 1932. — *Consultation médico-psychologique* (âge : 15 ans 1 mois).

« Attitude très curieuse pendant toute la durée de l'examen. Paraît « ailleurs » et parfois répond avec décision et une certaine brutalité. Sorte d'obnubilation intermittente qu'on s'explique mal. Grande inégalité dans les réponses et telle que malgré l'insuffisance du niveau mental trouvé, on est obligé de faire de grandes réserves sur le résultat impossible de conclure.

Sans doute très déconcertée par le changement de milieu ; toutefois réaction franchement anormale.

État physique satisfaisant. Mais bruits du cœur très lents (54). A revoir.

A observer et à ramener à la consultation dans un court délai » (D^r BONNIS).

Consultation spéciale. Examen du sang H = négatif.

6 juin 1932 : Renée est vue à la consultation du D^r PINARD, à Beaudelocque (1^{er} juin).

Le docteur recommande du sirop des Rois et Stérogyl.

Renée ne se plaisant pas à Créteil, nous l'avons confiée à son oncle, M. Carazol (77, rue Crozatier), pensant que chez lui elle serait plus à son aise.

Mais nous apprenons, quelques jours après, que celui-ci

l'a envoyée chez le grand-père maternel, M. Carazol, garde champêtre à Montevrain (Seine-et-Marne).

Renée s'est montrée difficile chez son oncle, très fermée et têtue. Elle s'ennuyait, refusait d'aider au ménage ; lorsque sa tante, marchande des quatre-saisons, l'emmenait au marché, elle n'avait pas la moindre initiative pour répondre aux clients. Elle est partie sans témoigner de reconnaissance, disant même de son oncle : « Je ne l'aime pas, il me dégoûte. »

24 juin 1932. — Consultation médico-psychologique (2^e examen).

Attitude n'a pas changé.

Échoue aux mêmes épreuves.

On ne sait toujours pas si elle fait effort réellement ou s'il y a attitude de sa part.

Toujours même air souriant, vaguement ironique. Doit être très entêtée.

N'a peut-être pas été en bonnes conditions chez l'oncle qui serait, paraît-il, nerveux.

Serait actuellement, dit le grand-père, dans les meilleures conditions possibles.

Envisager échec et placement dans institution pour enfants difficiles.

7 juillet 1932. — Voici les remarques faites par ses patrons sur Renée :

La jeune fille serait distraite, n'aurait aucune initiative, mais ne refuserait jamais d'obéir. Lorsqu'on lui dit de frotter un meuble, elle frotte pendant 1/4 d'heure, uniquement à l'endroit indiqué du geste. Elle a beaucoup de mémoire, récite en entier des fables de la Fontaine. Elle n'aurait jamais un mouvement de joie, ni d'humeur, aucune curiosité ; ne manifesterait pas le désir de sortir pour se distraire. Grondée, elle rit ou pleure. Elle ne semble pas se plaire chez ses patrons, mais ne veut cependant pas retourner à la campagne parce qu'« ici on ne fait rien ».

Renée semble n'aimer personne et ne témoigne pas d'intérêt pour sa famille.

Avec nous, Renée est fermée, inerte. Ne peut être gardée par ses patrons, est accompagnée à l'hôpital H. Rousselle.

6 décembre 1932. — *Certificat d'internement* : « Est atteinte d'hébéphrénie. Attitude fermée. Indifférence. Opposition. Négativisme. Éclats de rire immotivés. Fond de débilité intellectuelle (Dr M. BADONNEL).

Certificat immédiat (8 décembre 1932).

Bradypsychie. Indifférence émotionnelle et affective. Passivité. Hypomimie. Persévération. Apragmatisme. Fond probable de débilité. Bon développement somatique. Stigmates dentaires. Réflexes faibles. Mydriase intense (Dr Henri Ey).

Observation dans le service.

Lenteur de l'idéation. Hypomimie. Persévérations motrices par intervalles. Coefficient intellectuel faible (Tests de Termann). Passivité. Indifférence. Inertie. Photophobie. Diminution des réflexes tendineux. Adiposité.

Le 13 décembre : Photophobie. Calme. Rires immotivés inextinguibles. Mutisme. Hypertonie. Persévération des attitudes.

Le 19 décembre 1933 : Même état.

6 février 1933 : Même état, entrecoupé par intervalles de crises d'agitation motrice nécessitant son transfert aux cellules.

Mars : Même état d'inertie et d'indifférence. Mutisme habituel.

Examen du L. C. R. : Alb. 0,30 ; cytologie 0,4 ; B.-W. négatif. Benjoin : 00000.02200.00000 ; Pandv négatif.

Dans le sang : B.-W. négatif.

Examen radiologique pulmonaire : négatif.

Depuis son entrée, n'a été réglée qu'une seule fois, fin février.

Cutiréaction à la tuberculine : 0.

La culture et l'inoculation du sang et du L. C. R. ont été positives (D^r COSTE).

Traitement du 25 avril au 23 juillet.

8 accès fébriles par injections de sulfosine à 1 %.

Allochrysine, dose totale : 0,60.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
21 avril	avant traitement			Vernes : 7
25 »	1 cc.		39	
28 »		0,05	37,4	
29 »	2 cc.		39,2	
4 mai		0,05	37,4	
5 »	3 cc.		39,8	
8 »		0,05	37,2	Réactions locales faibles
10 »	4 cc.		39	
13 »		0,05	37,3	
14 »			37	Vernes : 69
17 »	5 cc.		39,3	
22 »		0,05	37,4	
25 »	6 cc.		39	
29 »		0,05	37,4	
31 »	7 cc.		39,8	
2 juin			38,8	Vernes : 97
7 »		0,05	37	
10 »	8 cc.		37,6	Réactions locales faibles
15 »		0,05	37,3	
16 »			37,4	Vernes : 30
26 »		0,05	37,3	
10 juil.		0,05	37,5	
17 »		0,05	37,4	Vernes : 41
24 »		0,05	37,5	

Résultats du traitement :

En juin, le tableau clinique a commencé à s'améliorer. La malade a commencé à parler spontanément à ses voisines. Cependant, attitude d'opposition persistante. Elle s'alimente mieux.

En juillet, toujours progressivement, l'amélioration paraît se confirmer. Elle se lève, demande sa sortie. S'occupe un peu dans le service. Moins négativiste. Retour de la menstruation qui depuis est devenue régulière.

Le 1^{er} août, retour d'un accès d'agitation à type maniaque : volubilité, rires, chants. L'état d'agitation ne dure pas et un état d'indifférence et d'obtusion lui succède. A ce moment-là, *cuti-réaction à la tuberculine* +.

Au cours du mois de septembre, nouvelle amélioration. Depuis lors, consolidation.

Le 25 octobre : Bradypsychie, puérilisme, spontanéité motrice réduite. Cependant les réponses sont cohérentes et adaptées. Légère obtusion affective, mais avec retour notable des sentiments et de l'intérêt vital. Elle se soucie de son avenir : désire se replacer. Ne désire pas trop revenir chez sa mère. Préférerait revenir chez ses parents nourriciers dans la Sarthe. Sommeil et appétit normaux. Menstruation régulière. Reprise de l'embonpoint. Va être incessamment placée sous la surveillance d'une œuvre d'assistance.

Le 8 novembre : Demande sa sortie. Puérilité. Mange malproprement, refuse de se débarbouiller. « Elle se tiendra propre quand elle sortira ». Se cache la tête dans ses mains, rit niaisement.

La part de débilité mentale est difficile à établir.

Certificat de transfert (31 janvier 1934). : « Entrée pour D. P. hébéphrénique. Actuellement retour de l'affectivité par intervalles. Débilité foncière. Amélioration à la suite d'un traitement conjugué sulfochrysothérapique en avril-mai 1933. (D^r DUBLINEAU).

Le 15 mai 1934 : A Maison-Blanche, même état mental qu'au moment du transfert.

Examens complémentaires :

Numération globulaire et formule sanguine

	25 avril 33	1 ^{er} juin	16 juin 33	27 sept. 33
Hémoglobine	75	75 %	85	90
Globules rouges.....	4.140.000	4.410.000	4.310.000	4.850.000
Globules blancs	6.550	18.500	6.800	8.000
Lymph. et Monos	35,5	7,5	18,5	16,5
Grands Monos	14	5,5	14,5	7
Polynucléaires	46	87	66	69
Eosinophiles	3	0	1	2
Transition.....	1,5	0	0	5,5

En résumé : Syndrome hébéphréno-catatonique sur un fond de débilité mentale et physique chez une jeune fille de 15 ans indemne de tuberculose. Traitement par l'association sulfosine-allochrysine. Réactions locales et générales faibles. Maximum du Vernes : 97.

Amélioration transitoire de l'état mental.

OBSERVATION XIV

Mlle Sond..., 18 ans.

A. H. : Plusieurs fausses-couches chez la mère. Père débile. Wassermann négatif.

Est l'aînée de 3 enfants, les 2 autres bien portants.

A. P. : Née à terme. Grandit mal. Fait un séjour à Berck pour rachitisme.

Suit l'école primaire, mais pas de C. E. P.

A 13 ans est placée dans un atelier d'imprimerie.

Ennuyée de rester petite, consulte un médecin qui propose des piqûres. Après la première elle fait une crise épileptiforme. Quelques jours après s'installent ses règles et avec elles les troubles mentaux.

Début réel des troubles : 1930.

Un jour, à l'atelier, jette à terre des caractères d'imprimerie, prend une attitude hostile irréductible. Par la suite, se montre boudeuse, capricieuse. On la renvoie.

Dans sa famille, comportement bizarre. Se trouve changée. On lui prend son esprit. Elle entend dans la tête des bruits de flots. Se lève la nuit en criant.

En janvier 1933, est mise en observation au Service de prophylaxie mentale d'où elle nous est envoyée.

Certificat d'internement (19 février 1933) :

Est atteinte d'un syndrome schizophrénique avec hypothyroïdie et chlorose.

Début brusque des troubles psychiques il y a un an, par sensation d'étrangeté, transformation corporelle (signe du miroir), sentiment d'automatisme. Se sent sous l'influence d'un acteur de cinéma qui la force à accomplir malgré elle des choses qu'elle renie en partie, qu'en partie elle reconnaît comme personnelles. Explications diffuses et vagues sur ces actes automatiques. Bouffées d'anxiété, se croit dans une tombe, se lève brusquement le soir en criant, ce sont ces raptus anxieux qui la font considérer par sa famille comme incapable de vie sociale, mais on note à l'hôpital en outre des accès de colère, de la turbulence, des querelles subites, des gestes stéréotypés, du maniérisme d'attitudes, des propos vagues et alambiqués, des dessins d'un puérilisme compliqué.

Tics et grimaces. Hypothyroïdie (métabolisme basal

diminué de 21,3 %). Anémie et chlorose (4 millions de G. R. au début du séjour avec 58 % d'hémoglobine ; 3 millions ensuite avec même taux de pigmentation). Aménorrhée récente. (Urée du sang : 0,29).

B.-W., Meinicke, Kahn, négatifs dans le sang.

L. C. R. : Albumine : 0,20 ; Leuco. : 1,2 ; Glob. R. : 0,1 ; B.-W., Meinicke, négatifs. Benjoin : 00000.12222.00000 (Dr P. SCHIFF).

2^e *Certificat* : Le 19 février 1933.

Est atteinte de démence précoce. Désaffectivité familiale, inertie, dépression anxieuse. Sentiment d'étrangeté de sa personne et du milieu extérieur. Elle est changée en tout dans ses idées et dans sa tête. Elle n'a plus ses pensées comme avant. Sentiment d'influence et d'automatisme. Elle est comme dans une tombe, le milieu extérieur lui paraît transformé.

Idées confuses de persécution. On lui fait des misères, on se moque d'elle, on la repousse, on lui prend son esprit.

Hallucinations auditives. Murmures. Voit et entend Maurice Chevalier (Élément érotomaniac probable).

Aspect boudeur, inhibé, demi-mutisme. Réponses à côté. Grimaces, maniérisme. Dessins typiques de dément précoce. Turbulence. Impulsivité. Soliloques. Grossièretés. Violences par intervalles. Dyssomnie (Dr R. DUPOUX).

Certificat immédiat (20 février 1933) : État dépressif anxieux. Désir et crainte de mourir. Asthénie générale et raptus. Sentiment d'étrangeté récent avec phénomènes obsessionnels à forme oniroïde ou pseudo-hallucinatoire. Début il y a un an. Déficit pragmatique avec instabilité professionnelle. Anémie. Aménorrhée. Mydriase. Peau sèche et kératosique. Gros corps thyroïde et diminution du M. B. d'après le certificat qui l'accompagne (Dr E.).

Certificat de quinzaine (5 mars 1933) : Syndrome oniroïde à type dépressif ; souvenirs oniriques. Mélange de rêve à la réalité. Impressions étranges. Sentiments complexes de

métamorphoses et d'influence. Critique correcte des idées délirantes et de l'activité hallucinatoire. Dégout de l'existence ; pensée floue, mais cohérente. Syndrome hypothyroïdien (D^r H. EY).

Traitement par l'extrait de corps thyroïde du 15 mars au 7 avril ; et par thyroxine, du 10 au 27 avril 1933. Aucune amélioration.

Certificat en vue d'un transfert (27 avril 1933) :

Démence précoce. Alternance d'états dépressifs et d'agitation. Dénudation, rires explosifs, délire d'influence et phénomènes pseudo-hallucinatoires vagues, mobiles. Sentiments complexes d'étrangeté et de transformation. Bizarrerie de comportement. Syndrome d'insuffisance thyroïdienne rebelle jusqu'à présent à la thérapeutique. Anémie (G. R. 2.550.000). Tachycardie actuelle. Opothérapie thyroïdienne. Amaigrissement notable de 9 kilos avant le traitement 57 à 48 kilos. Actuellement 44 kilos (D^r H. EY).

En mai 1933, légère amélioration : ne se dénude plus, ne se cache plus sous les draps, essaye de tricoter. Corrige ses idées précédentes au sujet de Maurice Chevalier. Mais ne peut dire le mois.

Cet état se maintient et elle sort.

Certificat de sortie (5 juillet 1933) : Syndrome hétérophrénique. Actuellement calme. Adaptation relative à sa situation (D^r H. EY).

En liberté, son père la trouve assez bien. Mais elle est anxieuse. Elle a des frayeurs la nuit. Gagne 8 kilos en 2 mois.

Les règles réapparaissent le 3 septembre 1933. Les troubles mentaux s'accroissent. En novembre 1933, nouvelle recrudescence des troubles au moment des règles. Deuxième internement.

Certificat d'internement (7 novembre 1933) : Est atteinte de D. P. Rémission récente assez longue, mais incomplète.

Depuis quelque temps, bizarreries de comportement : fugues; caprices, tendances impulsives. Distractions. Ambivalence. Désintérêt (D^r FINEL).

Certificat immédiat : (8 novembre 1933) :

Syndrome hébéphrénique. Déjà traitée dans le service. Manifestations délirantes par poussées. Impulsivité. Fugues. État général mauvais. Poids 51 kilos (P^r CLAUDE).

Certificat de quinzaine (21 novembre 1933) :

Indifférence. Automatisme, impulsivité, variations d'humeur et de caractère. Fugues antérieures (P^r H. CLAUDE).

Traitement : le 18 décembre, on commence la sulfochrysothérapie : 10 injections de sulfosine, 1 gr. 65 de myochryso-sine (3×0 gr. 05 + 5×0 gr. 10 + 5×0 gr. 20). Il est terminé au début de février.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Myochrysine	Temp. max.	Observations
18 déc.	1 cc.		38,2	Pas de réactions locales
20 »		0,05	37,8	
22 »	2 cc.		39	
26 »	3 cc.		39,5	
27 »		0,05	39,3	
29 »	4 cc.		39	
3 janv.			37,8	
3 »		0,05	37	
5 »	5 cc.		39,2	
6 »		0,10	39,2	
9 »	6 cc.		39,5	Réactions importantes durant trois ou quatre jours
10 »		0,10	39,4	
15 »	7 cc.		38,5	
16 »		0,10	38,9	
23 »	8 cc.		37,4	
24 »		0,10	39	
27 »	9 cc.		39,2	
30 »		0,10	38,6	
1 ^{er} févr.	10 cc.		39,5	
2 »		0,20	39,5	Vernes-Résorcine : 107 Rien de spécial
9 »		0,20	38	
14 »		0,20	37,7	
23 »		0,20	37,4	

Résultats psychiques du traitement : Le test donne dans l'ensemble des résultats meilleurs que ceux du 21 décembre.

Dans le service, se montre relativement calme, s'occupe un peu, mais reste hétérophrénique.

Certificat de sortie (27 février 1934) : Hébéphrénie. Puérilisme. Entrée à la suite d'une fugue impulsive. Séjour antérieur suivi de rémission. Sulfochrysothérapie. Améliorée. S'occupe dans le service. Règles normales. (Dr DUBLINEAU).

Le 24 mars, une lettre de son père nous apprend que cette amélioration ne s'est pas maintenue. Elle rentre à nouveau dans notre service.

Certificat d'internement (27 mars 1934) : Est atteinte de démence précoce. Troubles du caractère, impulsivité, bizarreries. Propos hostiles à l'égard de l'entourage, réduction émotionnelle et affective. Longues phases d'apragmatisme. Idées délirantes absurdes de persécution ou de transformation corporelle (viols, transformation en caïman, bouche qui descend jusqu'au ventre. On lui envoie des asticots avec une pelle, etc... (Dr TINEL). ✓

Actuellement, le 15 mai 1934, l'état mental est resté inchangé.

Résultats physiques et biologiques. Aucun incident pendant le traitement. Réactions fébriles importantes : T. : 39°5 à trois reprises avec 3 cc., 6 cc. et 9 cc. de sulfosine.

Réactions locales également fortes. A partir de la 4^e injection, empâtement très douloureux. Rougeur. Chaleur. Persistance plusieurs jours.

Le poids tombe de 53 kg. 800 à 48 kg. 700 pour remonter progressivement. Les règles sont restées normales.

Examens complémentaires.

Radiologie : 21 novembre. Sommet gauche paraît très légèrement moins transparent que le sommet droit, mais s'éclaire bien à la toux. Dans le champ pulmonaire, on voit quelques opacités discrètes. Trame pulmonaire assez marquée.

Sang :

Réaction de Vernes : : le 23 novembre 1933 : 15 ; au

cours du traitement : 65 ; à la fin du traitement, le 4 janvier 1934 : 107.

Vitesse de sédimentation le 27 février 1924 : 22 mm.

Cuti-réaction : le 15 octobre + + ; le 27 janvier 34 : + +

Intradermo-réaction à la tuberculine : le 27 janvier 0,4 × 1 cm. à l'ultra virus, le 27 janvier : 0.

Urines : N'a jamais présenté d'albuminurie.

En résumé : Etat schizophrénique évoluant depuis 3 ans chez une jeune fille anémique et hypothyroïdienne.

Traitement thyroïdien sans résultat.

Le traitement par sulfosine et myochrysine donne de grosses réactions locales et générales. Vernes-Résorcine à 107.

Amélioration physique.

Amélioration passagère au point de vue mental.

OBSERVATION XV

Mlle Aur..., 25 ans.

A. H. Son père a 48 ans, est bien portant ; a 6 sœurs bien portantes. Sa mère, même âge, est bien portante et a 3 sœurs et un frère bien portants.

La malade est fille unique. Pas de tuberculose dans sa famille.

A. P. N'a jamais été malade. 1^{er} développement normal. Régée à 14-15 ans.

A suivi l'école primaire, sans obtenir son C. E. P. Depuis elle est restée avec ses parents qui tenaient une maison d'alimentation.

Caractère : Elle était toujours gaie, mais ne voulait ja-

mais sortir. N'allait jamais danser, n'avait pas d'amis. Elle avait le goût de la solitude, mais était d'une syntonie suffisante dans le milieu familial. Ne s'ennuyait pas. Travaillait volontiers au ménage, à la couture.

Début des troubles : décembre 1931.

Le début de la maladie est brusque. Un jour annonce à son fiancé qu'elle n'est pas disposée à se marier. Crise de dépression. Elle ne mange pas et maigrit.

En décembre 1932 : Insomnie, accès d'onirisme nocturne, cris. Elle est conduite à la Salpêtrière, chez le D^r Crouzon où elle reste 2 mois et demi, puis est soignée dans d'autres services pendant quelques mois.

Après sa sortie de l'hôpital, elle a des périodes de calme et des accès d'agitation. Récemment, elle brise des carreaux.

Elle est admise dans notre service sur avis du P^r CLAUDE.

Certificat d'internement (27 septembre 1933) : Est atteinte de schizophrénie. Indifférence. Mutisme presque absolu. Impulsivité par intervalles. Bris de carreaux récent. Aménorrhée depuis 9 mois. Début par accès d'anxiété en décembre 1932, plusieurs mois après un choc affectif. Adiposité. Séborrhée. Acrocyanose. Mains froides. Quelques raptus vaso-moteurs (D^r TINEL).

Certificat immédiat (28 septembre 1933) : Schizophrénie. Indifférence. Mutisme. Impulsivité. Aménorrhée. Acrocyanose. Troubles vaso-moteurs (D^r MASQUIN).

Certificat de quinzaine (11 octobre 1933) : Dépression, lenteur des réponses suffisamment adéquates, mais insuffisamment précises. Commence à s'alimenter. Méconnaissance de la visite de ses parents. Reconnaît être encore troublée dans ses sentiments. Probablement reliquat confusionnel (D^r H. CLAUDE).

Dans le service, traitement par injections d'antélobine : 6 injections du 4 au 18 octobre.

Le 18, ponction lombaire et une prise de sang, en vue d'inoculation au cobaye.

Sulfochrysothérapie du 25 octobre au 4 janvier. 10 injections de sulfosine, dont 2 de 10cc., 9 injections intercalaires de myoral (6×1 cc. + 3×2 cc.) et 5 injections complémentaires de 3 cc. de myoral, ces dernières espacées de 5 à 9 jours.

Réactions locales importantes. Douleur, rougeur, empatement pendant les 4 à 5 jours qui suivent la piqûre.

Réactions thermiques également fortes. La température atteint une fois 40°2 (avec 4 cc.) et 5 fois atteint ou dépasse 39°5.

Résultat du traitement :

Le 16 décembre : Apparaît une amélioration. Réponses adaptées. Ton poli. Visage souriant. S'alimente normalement. Mais ne sait pas si elle préfère sortir ou rester ici.

Le 19 décembre : Reçoit ses visites très gentiment. Demande avec intérêt des nouvelles des siens. Demande qu'on lui apporte de l'ouvrage. « J'espère que je serai guérie pour l'été ».

Le 22 décembre : Pleure sans trop savoir pourquoi. Ne sait pas si elle veut sortir. « D'ailleurs la porte est fermée ».

Le 27 décembre : Elle est un peu renfrognée, répond avec un grand retard, par monosyllabes. « Je ne sais pas ». « J'é cherche ».

Le 13 janvier : Accueil hostile. Réponses monosyllabiques. Semi-mutisme. Inactivité complète.

Le traitement est repris le 10 janvier : 10 injections de sulfosine ; 5 injections de 3 cc. de myoral, terminées le 16 février.

Réactions locales importantes. Les réactions thermiques fortes. La température atteint 40 à 7 cc., atteint ou dépasse 6 fois 39°.

Pas d'albuminurie.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Myoral	Temp. max.	Observations
<i>1^{re} Série</i>				
3 oct.	avant traitement			Vernes-Résorcine : 9
25 »	2 cc.		38,4	
28 »	1 cc.		36,8	
30 »	3 cc.		39,6	
1 ^{er} nov.	1 cc.		37,2	
2 »	4 cc.		40,2	
4 »	1 cc.		39,7	
7 »	5 cc.		39	Réactions moyennes
10 »		1 cc.	35	
12 »			37	Vernes-Résorcine : 37
12 »	6 cc.		39,4	
14 »		1 cc.	37,2	
15 »	7 cc.		37,6	
18 »		1 cc.	36,6	
20 »	8 cc.		39,3	
23 »	2 cc.		37,3	
25 »	9 cc.		39,3	Réactions locales fortes
28 »		2 cc.	37	
29 »	10 cc.		39,7	
1 ^{er} déc.			38,9	Vernes-Résorcine : 58
2 »		2 cc.	36,8	
4 »	10 cc.		39	
6 »		3 cc.	37,6	
11 »		3 cc.	37	Pas d'incidents
18 »		3 cc.	37,4	
26 »		3 cc.	37,2	
3 janv.			36,8	Vernes-Résorcine : 12
4 »		3 cc.	37,5	

Date	Sulfosine	Myoral	Temp. max.	Observations
<i>2^e Série</i>				
10 »	2 cc.		38,6	
12 »		3 cc.	37	
13 »	3 cc.		39,6	
17 »		3 cc.	37,2	
20 »	4 cc.		38,8	Réactions locales très importantes persistant 4 et 5 jrs.
23 »		3 cc.	37,6	
24 »	4 cc.		39	
27 »		3 cc.	37,2	
29 »	5 cc.		39	
30 »			38,4	Vernes-Résorcine : 39
31 »		3 cc.	38	
2 févr.	6 cc.		39,5	
6 »	7 cc.		40	
9 »	8 cc.		39,5	
13 »	9 cc.		39,2	
16 »	10 cc.		38,8	
23 »			37	Vernes-Résorcine : 12

Résultat du traitement :

L'état mental reste stationnaire : hostilité, inactivité, semi-mutisme.

Poids : 25 octobre : 59 kg. 200 ; novembre : 58 kg. 200 ; 26 décembre : 61 kg. 500 ; 26 janvier : 59 kg. 500 ; 6 février 58 kilogrammes ; 13 février : 57 kilogrammes ; 16 février : 56 kg. 900.

N'est pas réglée depuis son entrée.

Certificat de transfert (22 février 1934) : « Démence précoce. Début en décembre 1932 par accès dépressif et agitation onirique. Indifférence actuelle avec impulsivité,

sourires. Amélioration transitoire à la suite du traitement par l'association sulfochrysothérapie. Rechute actuelle. (D^r DUBLINEAU).

Le 15 mai : l'état mental est stationnaire. Le 30 mai une visite du père nous apprend que sa fille s'est améliorée brusquement et est sortie de l'asile. Elle serait redevenue complètement normale mais nous ne pouvons faire état de cette amélioration encore trop récente.

Radiologie (4 octobre 1933) : Sommets clairs à peine diminués de transparence à gauche, mais s'éclairant bien à la toux. Champ pulmonaire gauche grisâtre. Présente quelques opacités surtout vers la région du hile. Sinus clairs.

Sang : Bordet-Wassermann; Meinicke, le 3 novembre 1933 : négatives.

Dosage de la cholestérine, 5 octobre 1933 : 2,14.

Lipides, le 21 décembre 1933 : Lipides totaux 8,04, cholestérine : 1,85 ; acides gras, 4,52. Coefficient lipolytique : 0,40.

Réaction de Vernes : 3 octobre : 9 ; 12 novembre : 37 ; 1^{er} décembre : 58 ; 3 janvier : 12 ; 30 janvier : 39 ; 25 février : 12.

Vitesse de sédimentation : 21 février : 16 mm. ; 23 février : 26 mm.

Cuti-réaction : Le 3 octobre +, le 17 novembre +.

Intra-dermo-tuberculine, 24 octobre +, 17 novembre 0.

Intra-dermo-ultravirus, 24 octobre +, 17 novembre 0.

Ponction lombaire : Inoculation au cobaye par le D^r Costes.

Numération globulaire et formule sanguine

	25 oct. 33	31 oct.	13 nov.	27 nov.	18 déc.
Hémoglobine.....	85	85	90	90	85
Glob. rouges	4.600.000	4.760.000	4.600.000	4.105.000	3.960.000
Glob. Blancs	6.200	18.200	27.500	13.100	8.600
Mono. Lymph. % ..	6	13,5	10	12,5	21
Grand Monos %...	4	6	1	3,5	1,5
Poly %.....	81,5	78,5	87,5	80	75
Transition %.....	7	1	1,5	2,5	1
Myoclon. %.....	1,5	0,5	0	0	0
Baso. %	0	0	0	0,5	0,5
Eosino. %.....	0	0	0	1	1

En résumé : Etat schizophrénique dont les premières manifestations remontent à 2 ans, chez une jeune fille indemne de tuberculose.

Traitement intensif par sulfosine et myoral.

Réactions locales et générales fortes. Vernes-Résorcine : 58.

Amélioration transitoire de l'état mental. Pas de changement au point de vue physique.

III. Malades restées stationnaires

OBSERVATION XVI

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

Mme Rol..., 30 ans.

A. H. Rien à signaler.

A. P. Caractère ombrageux, capricieux.

Pas de maladie importante. Mariée à 24 ans. Enfant à 25 ans (1925).

Début des troubles : Vagues idées délirantes. Propos bizarres. Sentiments paradoxaux. Le début paraît avoir coïncidé à peu près avec sa gestation et son accouchement.

En décembre 1929, état oniroïde, délire polymorphe inconsistant, syndrome d'influence, activité pseudo-hallucinatoire.

1^{er} internement.

Certificat d'internement (30 janvier 1930) : « Est atteinte d'un état d'excitation atypique. Présentation hypomaniaque. Logorrhée déclamatoire. Litanies. Chants et sanglots. Fuite des idées. Associations par assonances. Propos décousus. Fausses identités. Illusions de reconnaissance. Hypermnésie. Atypisme. Réduction globale du ton émotionnel. Ambivalence. Sourires prolongés. Quelques réponses à côté. Négativisme intellectuel. Brusqueries.

Automatisme mental. Hallucinations psychiques épigastriques. Le médecin lui parle intérieurement. Thèmes absurdes, sans consistance, d'influence ou érotomaniaques. On la rend folle, on la force à penser, à aimer M. J. etc... Réponses, disculpations. Jeu d'appoint probable. Pensées saugrenues. Turbulence. Parle sans arrêt. Trouble le repos des malades (D^r J. DUBLINEAU).

Observation de la Clinique (janvier 1930 à juin 1930) : État d'agitation atypique. Ambivalence affective. Ton puéril. Propos incohérents. Hallucinations psychiques.

A partir de février, amélioration. Disparition du syndrome d'influence et de l'activité délirante.

Sort en juin 1930.

Vie en liberté. D'après le mari, n'a jamais présenté de *restitutio ad integrum*. Idées délirantes de persécution. Démarches bizarres. Pragmatisme sexuel. Persistance du syndrome d'influence. Fugue en mars 1933.

2^e internement.

Certificat d'internement (9 avril 1933)... « Atteinte de démence paranoïde. Evolution ancienne. Indifférence affective, incurie, maniérisme, discordance.

Hallucinations psychiques : elle est liée de pensée avec des têtes couronnées ; le roi d'Angleterre, le prince de Galles. Son père lui a enseigné le droit à distance, aussi est-elle avocate inscrite au barreau de Paris.

Hallucinations auditives probables. Délire de filiation. Son père est le cousin du roi d'Angleterre. Rectifications fantaisistes de son propre état civil et de celui de sa mère qui est une princesse allemande. Elle se croit divorcée depuis 1919, son mari étant indigne d'elle.

Fugue récente. Vagues idées de suicide. Etat général médiocre. Déjà internée en 1930 pendant 6 mois (D^r Y. ANDRÉ).

Dans le service, activité délirante riche et désordonnée. Propos diffluent. Troubles des associations. Indifférences à sa situation. Syndrome pseudo-hallucinatoire très actif. Pas de signes neurologiques. Auscultation pulmonaire négative. Etat général médiocre. Apyrexie. T. A. 15-7.

Examen radiologique : Sommets clairs, sinus cardio et costo diaphragmatiques clairs. Mais les deux champs pulmonaires présentent de nombreuses lésions fibro-calcaires anciennes (12 avril 1933).

Le 1^{er} juin : Cutiréaction à la tuberculine.

Traitement du 7 juin au 26 juillet.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
22 mai	avant traitement			Vernes-Résorcine : 15
2 juin				Vernes-Résorcine : 6
7 »	1 cc.		38,5	
9 »		0,05	38	
12 »	2 cc.		39	
14 »		0,05	37,5	
17 »	3 cc.		38,2	Pas de réaction locale
20 »		0,05	37,5	
22 »	4 cc.		39,4	
24 »		0,05	38,4	
26 »	5 cc.		40	
29 »		0,05	37,3	Pâleur des téguments
1 ^{er} juil.	6 cc.		39,2	
5 »		0,10	37	
10 »	7 cc.		39	
12 »		0,10	38,6	
17 »			37,2	Vernes-Résorcine : 37
17 »	8 cc.		38,8	
19 »		0,20	38	
21 »	9 cc.		39,4	
26 »		0,20	37,5	

Résultats du traitement :

Amélioration de l'état physique.

Aucune modification de l'état mental. Elle n'a pas cessé de présenter et présente encore un syndrome de dissociation à type schizophrénique. Activité délirante diffuse à thèmes mégalomaniacques, aventures étranges et intriquées. Sentiments d'étrangeté et d'influence. Incohérence des associations. Type d'activité autistique.

Certificat de transfert (10 janvier 1934) : « Psychose paranoïde. Deuxième entrée. Thèmes absurdes, méconnaissances systématiques. Réduction émotionnelle globale. Calme. Amélioration de l'état somatique sans modification de l'état psychique à la suite d'un traitement sulfochrysothérapique (Dr DUBLINEAU).

15 mai 1934 : Vue à Maison-Blanche. Etat mental stationnaire.

En résumé : Etat schizophrénique évoluant depuis 6 ans chez une femme de 30 ans indemne de tuberculose. Traitement par sulfosine et allochrysine. Quelques accès thermiques, pas de réactions locales.

Le maximum du Vernes-Résorcine est de : 37.

Aucune modification de l'état mental.

OBSERVATION XVII

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

Mlle Seg..., 35 ans.

A. H. et A. P. : inconnus.

Début des troubles en 1925.

Internement en juillet 1926.

Certificat d'internement (16 juillet 1926)... Est atteinte de démence précoce caractérisée par des alternatives d'excitation et de dépression, agitation motrice, opposition, rires non motivés, inaffectivité. Début remontant à plusieurs années (Dr TINEL).

Observation dans le service : S'est montrée pendant de longues années dans le service, dissociée, bizarre, paradoxale et ambivalente. Troubles du comportement. Activité délirante floue et absurde. Propos énigmatiques et étranges. Distraction. Troubles des associations. Impul-

sions par intervalles. Erotisme. Maniérisme. Impaludation en août 1931 sans résultat.

Transférée à Vaucluse en décembre 1931.

Retour dans le service (venant de l'asile de Vaucluse) le 3 avril 1933. P. L. (24.5.33.) : Albumine : 0,22 : Cyto-
logie : 0,8 ; B.W. négatif ; Pandy : négatif ; Benjoin :
00000.00220.00000. Dans le sang B.-W. négatif.

Examen radiologique : Sommet gauche moins clair, nom-
breuses opacités au niveau des deux champs pulmonaires
avec lésions multiples.

Cutiréaction à la tuberculine ++.

Intradermoréaction ++.

Réaction de Vernes Résorcine : 17 juillet : 109.

Traitement du 18 juillet au 29 août.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
17 juil.	avant traitement			Vernes : 109. Tuberculose pulmonaire
18 »	1 cc.		39,5	
19 »		0,05	38,6	Légère albuminurie
25 »	1 cc.		39,8	
28 »		0,05	38,2	
2 août	3 cc.		38,5	
7 »		0,05	38	
11 »	4 cc.		38,5	
14 »		0,05	37,2	
17 »	6 cc.		39,3	(Le 4 sept. Vernes-Résorcine: 138).
21 »		0,05	37,9	
24 »	6 cc.		39,7	
27 »		0,10	37,5	

Numération globulaire et formule sanguine

	11 juillet 33	28 juillet 33
Hémoglobine.....	70	80
Glob. Rouges.....	4.330.000	4.040.000
Glob. Blancs.....	10.100	12.100
Lymph. et Mono.....	22,5	19
Grands Mono.....	9,5	9
Poly.....	66,5	68,5
Transition.....	1,5	3,5

Résultats du traitement : Au cours du traitement est apparue une légère albuminurie dès la première injection d'allochrysine. Vernes : 138 le 4 septembre.

Vers la fin du mois d'août, l'état général s'est altéré : amaigrissement, anémie, nausées. Nous avons alors interrompu la thérapeutique.

Décédée le 9 février 1934 de tuberculose pulmonaire.

En résumé : Schizophrénie évoluant depuis de longues années chez une femme de 35 ans porteuse de lésions bacillaires en évolution. Traitement par sulfosine et allochrysine. Aucune action favorable, ni sur l'état mental, ni sur l'état physique. La réaction de Vernes élevée correspond ici à la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XVIII

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU

M^{lle} Tav... J., 23 ans.

A. H. Père interné à Villejuif (délire chronique).

A. P. Sa belle-sœur a eu trois fausses-couches.

Rien d'important jusqu'en mars 1931.

Début des troubles : En mars 1931 : Bizarreries du comportement. Forte grippe en mai 1931, puis fugues, visites d'ambassades, scénarios délirants. Activité délirante riche et désordonnée à type oniroïde (fabulations, fausses reconnaissances, sentiment d'étrangeté).

Premier internement (23 mai 1931). « Affaiblissement psychique. Dissociation intellectuelle déjà profonde. Automatisme mental. Hallucinations auditives et psychiques. Prise de la pensée. Idées délirantes polymorphes de persécution, d'influence et de grandeur. Élément imaginatif considérable. Elle est la parente du Roi d'Angleterre qui venait la voir à Méru et nièce de Mussolini, etc... Troubles cénesthésiques. On agit sur son cerveau par l'électricité. Inactivité depuis plusieurs mois. Vivacité des réflexes tendineux. Désordre des actes. Taxi impayé. Méconnaissance de l'état morbide par la mère. Père interné depuis 2 ans (D. P.) (D^r HEUYER).

Observation dans le service : Syndrome de dissociation typique. Démence paranoïde. Pas de signes neurologiques. Bien réglée. Poids 60 kilogrammes.

Examen du L. C. R. : Résultats normaux. B. W. négatif dans le sang. Traitée par pyrétothérapie (fièvre des tiques) du 16 juin 1931 à fin juillet. Peu d'abcès fébriles.

Fin juillet 1931 : Activité délirante ralentie, mais conviction profonde. Anxiété. Fonctions mentales peu altérées.

Séptembre 1931 : Semi-mutisme. Indifférence affective. Obtusion.

Octobre 1931 : Traitement thyroïdien. Après traitement, augmentation du métabolisme basal de 27 %.

Janvier 1932 : Réduction de l'activité délirante et déficit intellectuel confirmé par les épreuves de tests.

Sortie le 7 janvier 1932 à la prière de sa mère. Poids 70 kilogrammes. Activité réduite. S'occupe un peu de ménage.

A partir de septembre-octobre 1932 : Rêvasseries, inertie, crises de larmes. Céphalées. Règles fréquentes et abondantes.

Deuxième internement (20 décembre 1932) : « Atteinte de démence précoce, en rémission depuis janvier. Actuellement, ambivalence foncière, inactivité (Dr TINEL).

Observation dans le service :

Syndrome de démence précoce typique. Crises de rire inextinguibles. Poids 75 kilogrammes. Narcothérapie en décembre-janvier, sans résultats.

Mars 1933 : Inertie. Passivité. Lenteur motrice.

Métabolisme basal diminué de 15 %. Légère pyrexie (fébricule à 38°, 38°5).

Épreuve de l'hypophyse (1/2 lobe postérieur en injection intra-musculaire). Réaction faible.

Épreuve à la thyroïde (10 cg. en injection intramusculaire). Réaction faible. Le lendemain de l'épreuve, a eu dans la matinée, 2 crises d'agitation émotive.

Traitement à la *thyroxine* jusqu'au 20 mars. Poids : 69 kilogrammes. Menstruation régulière. Pyrexie continue.

Examens radiologiques : Le 13-4-31 champs pulmonaires clairs, bases libres.

Le 15-4-31 cutiréaction à la tuberculine +.

Le 28-6-31 aspect thoracique normal.

Le 17-12-31 légère diminution de clarté au tiers supérieur du champ pulmonaire droit ; hiles normaux, bases libres, diaphragme mobile.

Le 20-3-33. Sommets clairs. Champs pulmonaires clairs. Sinus normaux (*Radiographie*).

Traitement du 24 avril 1933 au 2 juin

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. Max.	Observations
	avant traitement		38	Vernes-Résorcine : 7
24 mars				
27 »	1 cc.		38,9	
29 »		0,05	37,8	
30 »	2 cc.		39,2	
1 ^{er} avril		0,05	39	
3 »	3 cc.		39,4	
6 »		0,05	38,2	
8 »	4 cc.		38,5	
10 »		0,05	37,4	Réactions locale faibles
12 »	5 cc.		39,1	
18 »		0,05	37,2	
19 »	6 cc.		39	
21 »			38,5	Vernes-Résorcine : 69
22 »		0,05	38	
24 »	7 cc.		39,4	
28 »		0,05	37,5	
29 »	8 cc.		39,6	
14 mai	8 cc.		39,6	
14 mai			37,5	Vernes-Résorcine : 9
Dose totale de sel d'or : 0,35				

Résultat du traitement :

Au point de vue physique : Amaigrissement, asthénie, mais disparition du fébricule qui existait avant le traitement.

Le 11 mai : Cuti-réaction à la tuberculine : +. Intra-dermo-réaction : ++.

Au point de vue physique : aucune modification.

A été transférée le 22 septembre 1933. État physique

satisfaisant. Plus de poussées thermiques. Menstruation régulière.

Mai 1934 : Aucune modification de l'état mental.

Numération globulaire et formule sanguine

	8 mai 1933	15 mai 1933	22 mai 1933
Hémoglobine %	75	75	75
Globules rouges.....	4.425.000	4.520.000	4.590.000
Globules blancs.....	8.450	5.800	5.000
Lymph. et Mono.....	24,5	17,5	30
Grands Monos.....	6,5	15,5	17
Polynucléaires.....	68	64,5	48,5
Eosinophiles.....	0	1,5	3
Basophiles.....	0	1	0
Transition.....	0	0	0
Lymphoblaste.....	0	0	1,5

En résumé : Etat schizophrénique dont les premières manifestations remontent à trois ans chez une jeune fille indemne de tuberculose. Traitement par sulfosine et allochrysine. Réactions locales et générales faibles.

Maximum du Vernes-Résorcine : 69.

Aucune modification de l'état mental. Amélioration de l'état physique.

OBSERVATION XIX

M^{lle} Roub..., 24 ans.

A. H. Père disparu pendant la guerre.

Pas de tuberculose du côté paternel. Mère bien portante,

mais tuberculose osseuse chez un de ses frères et tuberculose pulmonaire, chez son père.

Une sœur plus jeune, bien portante.

A. P. Née à terme. Entérocolite à un an. Marche à 18 mois, commence à parler à 2 ans. Rougeole, coqueluche. A 7 ans, otite. A 10 ans, scarlatine suivie d'écoulements d'oreilles. N'a jamais toussé.

C'est une enfant gaie, expansive. A 12 ans devient lente, pensive, frileuse, elle aime la solitude. A 15 ans survient une constipation opiniâtre nécessitant des laxatifs fréquents.

Ses règles s'établissent à 16 ans et sont normales.

Elle fait des études secondaires normales malgré un an de retard.

Vers 18 ans se place une période de langueur. Elle se désintéresse de l'ambiance, recherche des conversations sur des sujets de métaphysique. On la dit paresseuse pour faire son lit, même pour manger. (Un médecin conseille de la marier).

Reprend ensuite son activité, entre à l'École Pigier où elle devient secrétaire. Elle aime son travail et pendant 3 ans et demi travaille avec goût dans deux maisons successives où elle donne toute satisfaction.

A 21 ans, elle devient assez forte et veut maigrir. Elle se met à un régime sévère. Elle est très coquette, suit des cours de danse. En même temps elle prépare un examen d'anglais et suit des cours de piano.

A 22 ans, dyspepsie nerveuse (1929). Sensation de striction thoracique, spasmes. Elle suit un traitement et paraît de plus en plus préoccupée de sa maladie. Parle de son estomac à tout le monde et sans cesse. Mais reste activé, fait de la gymnastique.

Début des troubles : Août 1932.

Elle a 23 ans, devient indécise, hésite, recherche des con-

seils. Elle se dit neurasthénique, devient irritable, pleure souvent.

Elle fait un séjour à La Baule, mais en revient aussi nerveuse. Elle se sent devenir folle. Anxieuse, elle consulte divers médecins. Elle est surexcitée, fait des réflexions bizarres, et sa culture physique se prolonge souvent jusqu'à 2 heures du matin.

Ses règles deviennent irrégulières.

En janvier 1933 : Crise nerveuse, cherche à se mordre les bras, s'arrache les cheveux. On la conduit dans une maison de santé où on doit la maintenir. Excitation érotique. Exprime une aversion soudaine pour son beau-père. Se plaint du moindre bruit.

En juin : Refus d'aliments.

En juillet : Prend une attitude en chien de fusil. Parfois se jette par terre, se cogne la tête. Indifférente affective.

Certificat d'internement (19 novembre 1933) : Est atteinte d'un syndrome de démence précoce. Évolution depuis plusieurs mois. Idées hypocondriaques et de persécution. Actuellement opposition, mutisme, répond par des hochements de tête, grognements. Sourires parfois inadaptés. Reste pelotonnée dans son lit en chien de fusil. Période d'agitation, dénudation. Gâtisme habituel. Cris par moments. Mauvais état physique. Otite chronique (Dr COURTOIS).

2^e Certificat (19 novembre 1933) : « Est atteinte de démence précoce. Aspect catatonique. Immobilité. Attitude en flexion des membres inférieurs. Opposition. Mutisme à peu près complet. Hochements de tête. Sourires discordants. Gâtisme.

Evolution des troubles depuis plusieurs mois avec phases d'agitation et préoccupations hypocondriaques. Idées de persécution mal systématisées. Etat général très médiocre. Amaigrissement. Otite chronique (Dr MALE).

Certificat immédiat (21 novembre 1933). Négativisme.

Opposition. Discordance. Semi-mutisme. Préoccupations hypochondriaques. Idées d'influence ébauchées. Hypnotisme, refus d'aliments. Cachexie (P^r H. CLAUDE).

Certificat de quinzaine (4 décembre 1933) : Démence précoce à forme catatonique. Négativisme. Refus d'aliments. Amaigrissement. Idées délirantes ébauchées de temps en temps. Cachexie inquiétante (P^r H. CLAUDE).

Dans le service est alimentée à la sonde, et le 12 décembre, on met en œuvre le traitement par injections alternées de sulfosine et myochrysine

12 injections de myochrysine ($5 \times 0,05 + 5 \times 0,10 + 2 \times 0,20$) après les dernières de sulfosine.

Ce traitement est terminé le 5 février.

L'état mental est resté absolument stationnaire.

L'état physique ne s'est pas aggravé.

Réactions locales et générales.

Les réactions locales aux piqûres furent tout à fait nulles. Les réactions thermiques furent particulières. La malade réagissant par hypothermie aux premières piqûres, la température tombe au-dessus de 36 (35,4 après la 3^e injection).

A partir de la 4^e il y a une ébauche d'élévation de la température, mais celle-ci n'atteint jamais 38 degrés.

Nous cherchons alors à provoquer l'hyperthermie par d'autres moyens et nous lui faisons à partir du 14 février, une série d'injections de Propidon : 2 cc., 4 cc. et 6 cc.

Aucune élévation de la température. Après la troisième, le 22 février, la température tombe à 35,4 et quelques jours après à 35 degrés.

Le 20 mars : Nous commençons une série d'injections de Dmelcos intraveineuse à doses croissantes.

Pour la première fois nous voyons la température s'élever au-dessus de 38°, atteindre 39, 39,2 et 39,9, le 11 avril, après la septième injection de Dmelcos.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Myochrysine	Temp. max.	Observations
12 déc.	1 cc.		37,2	Vernes-Résorcine : 18
14 »		0,05	35,6	
15 »	2 cc.		37,6	
18 »		0,05	37	
21 »	3 cc.		35,4	
26 »		0,05	37	
28 »	4 cc.		37,8	Aucune réaction locale
29 »		0,05	37	
3 janv.	5 cc.		36	Vernes-Résorcine : 36
4 »			38	
5 »		0,05	36,2	
6 »	6 cc.		37	
9 »		0,10	36	
10 »	7 cc.		37,8	
12 »		0,10	36	
13 »	8 cc.		37,7	
15 »			37	Vernes-Résorcine : 69
16 »		0,10	37	*
17 »	9 cc.		37,2	
19 »		0,10	37	
20 »	10 cc.		37,9	
23 »	10 cc.		37,7	Aucune réaction locale
24 »		0,10	37,7	
29 »		0,20	37	
3 févr.			37	Vernes-Résorcine : 26
5 »		0,20	37,6	
14 »	2 cc. propidon		36	
19 »	4 cc. »		37,2	
22 »	6 cc. »		35,4	

Date	Sulfosine	Myochrysine	Temp. max.	Observations
	<i>Dmelcos</i>			
20 mars	1 ^e dose		37,4	
22 »	2 ^e dose		38,9	
24 »	3 ^e dose		38,2	
26 »	4 ^e dose		39	
31 »	5 ^e dose		39,2	
4 avril	6 ^e dose		38,2	
11 »	7 ^e dose	675.000.000	39,9	
16 »		675.000.000	39,9	
20 »		675.000.000	38,4	
28 »		675.000.000	38,6	
25 avril	Oléochrysine	0,10	38	
26 »	675 millions de germes		38	
27 »	Oléochrysine	0,10	36,4	
1 ^{er} mai	675 millions		39	
2 »	Oléochrysine	0,10	37	

Nous continuons le traitement.

OBSERVATION XIX
Numération globulaire et formule sanguine

	Hémogl. %	G. R.	G. B.	Lymph. et mono. %	Circ. mono. %	Poly- nucéaires %	Transit. %	Basophiles %	Eosino- philes %
3 janv.	90	4.020.000	11.800	18,5	3	76,5	2	0	0
4 »	80	3.525.000	18.500	10,5	2	84,5	3	0	0
5 »	85	4.570.000	24.000	14	1,5	80,5	1	2	1
6 »		4.370.000	22.000	11	1,5	84,5	2	0	1
8 »	90	4.390.000	16.800	12	0,5	85,5	0	2	0
9 »		4.910.000	12.800	10	2	86	2	0	0
10 »	85	5.090.000	11.800	12,5	0,5	83	2	0,5	1,5
12 »		6.170.000	14.200	12	3	80	5	0	0
14 févr. avant propidon (2 cc.)	90	4.420.000	10.400	33,5	2	62,5	25	1,5	0
16 févr. 1 heure après	90	3.820.000	6.400	27	1	68	1,5	1,5	1
15 »	90	4.360.000	16.500	26,5	3	67,5	1	2	0
16 »	85	4.180.000	12.000	15	2,5	82	0,5	0	0
19 févr. avant propidon (4 cc.)	90	4.165.000	7.000	18	1,5	76,5	0,5	2,5	1
19 févr. 1 heure après	85	4.320.000	8.700	16	2	79,5	2	0	0,5
20 févr.	90	4.545.000	13.000	20,5	2	73,5	3	0	1
21 »	90	4.050.000	7.600	10	5,5	73,5	3	0,5	1,5
22 févr. avant injection de propidon (6 cc.)	90	4.030.000	11.200	28	7	64,5	1	0	2,5
22 févr. 1 heure après	85	4.330.000	7.600	32,5	2,5	58,5	4	0	2,5
23 »	90	4.030.000	11.700	14	3,5	67,5	1	1	1
24 »	90	3.765.000	13.800	19,5	2	77,5	1	0	0

Résultats psychiques : Depuis son entrée son état est resté inchangé. De temps en temps elle prononce quelques paroles surtout pour se plaindre du maillot.

Le 22 mars : Nous notons : « Ouvre les yeux par moments, suit avec attention les diverses opérations et préparatifs pour lui passer la sonde et l'alimenter. Regarde s'écouler le lait. Nous l'entendons parler « le maillot m'empêche de respirer ».

Le 12 avril : Garde la même attitude absolument recroquevillée sur elle-même. Les genoux au thorax, la tête en hyperflexion, les avant-bras en flexion et les bras collés au thorax, les doigts complètement repliés dans la paume de la main. Elle ne parle pas. Pleure de temps en temps, mais reste présente.

Résultats physiques : *Poids* : Novembre : 34 kg. 700 ; décembre : 33 kg. 400 ; janvier : 31 kg. 400 ; fin janvier : 34 kilogrammes ; février : 34 kg. 500 ; mars : 32 kg. 500 ; avril : 33 kilogrammes.

Elle n'est pas réglée depuis son entrée dans le service.

Examens complémentaires :

Radiographie : N'a pu être faite en raison de l'attitude de la malade.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatives.

Réaction de Vernes : 11 décembre : 18 ; 3 janvier : 36 ; 15 janvier : 69 ; 3 février : 26.

24 novembre 1933 : Lipides : 7,18. Cholestérine : 2,14 ; acides gras : 4,42. Coefficient lipolytique : 0,48.

11 janvier 1934 : lipides : 7,95 ; cholestérine : 2,30 ; acides gras : 3,80 ; Coefficient : 0,60.

Cuti-réaction : 15 octobre : 0 ; 11 décembre : 0 ; 23 mars : +.

Intradermo-réaction à la tuberculine : 15 octobre : 1 × 1 cm. ; 11 décembre + ; 23 mars : 1 cm. × 1 cm., rougeur et infiltration.

Intradermo-réaction à l'ultravirus : 15 octobre : 0 ; 11 décembre : 0 ; 23 mars : 0.

Liquide céphalo-rachidien : 25 novembre et 8 décembre, ponction faite par le D^r COSTES pour inoculation au cobaye.

En résumé : Démence précoce forme catatonique chez une jeune fille à terrain tuberculeux probable.

Début des troubles remontant à un an et demi.

Traitement par sulfosine et myochrysine (dose totale 1 gr. 15 de sel d'or).

Les injections de sulfosine produisent des réactions thermiques inverses.

Pas de réactions locales. Vernes-Résorcine à 69.

Aucun changement dans l'état mental. On poursuit le traitement.

OBSERVATION XX

M^{lle} Leib..., 35 ans.

A. H. Père mort brusquement à 67 ans. Mère morte à 42 ans de mal de Pott.

Aînée d'une famille de sept enfants dont l'un est mort du mal de Pott il y a deux ans. Les autres bien portants.

A. P. Pas de renseignements sur son jeune âge.

Suit l'école primaire jusqu'à 13 ans. Puis travaille dans la couture pendant 3 ans. Devient alors femme de chambre et donne satisfaction.

Elle est bien réglée, n'a jamais eu de maladie.

Début des troubles : juin 1933.

Elle quitte son travail sans raison apparente et vient chez sa sœur qui la trouve « drôle ». Elle la conduit chez un médecin puis à l'hôpital Ambroise Paré.

Certificat d'internement (7 septembre 1933)... « Est atteinte depuis 3 mois environ de dépression psychique

atypique, avec stupeur, refus d'aliments, impulsions, négativisme (D^r LÉVY VALENSI).

Certificat immédiat (7 septembre 33) : « État de stupeur à type catatonique. Conversation des attitudes. Facies figé. Mussitation. Mutisme habituel. Pas de douleur morale. Inertie. Refus d'aliments. Amaigrissement. Pâleur (D^r H. EY).

Certificat de quinzaine (20 septembre 33) : État catatonique fruste. Mutisme. Inémotivité. Absence d'initiative. État général médiocre. Démence précoce probable (P^r H. CLAUDE).

Du 20 septembre au 20 octobre, traitement par Hectine. Aucun résultat.

Du 25 octobre au 18 décembre, sulfochrysothérapie : 9 injections de sulfosine de 2 à 10 cc. ; 11 injections d'allochrysine : 4 à 0 gr. 05 + 3 à 0 gr. 10 + 4 à 0 gr. 20 ; en tout 1 gr. 30 de sel d'or.

Le 24 avril, le traitement est repris par sulfosine et myoral, il n'est pas encore terminé ce jour : 15 mai 1934.

Réactions locales et générales : Pas de réactions locales aux piqûres de sulfosine, mais tendance syncopale le lendemain de la 1^{re} et de la 2^e injection. Diarrhée après le troisième.

Les réactions thermiques sont en général faibles, dépassant à peine 39°, sauf une fois 40°2 avec 6 cc.

Le poids a passé de 37 kilogrammes le 30 octobre à 33 kg. 600 le 3 décembre. Depuis cette époque il n'a pas varié : 3 avril : 33 kg. 600.

Pas de règles depuis son entrée.

Détail du traitement

Date	Sulfosine	Allochrysine	Temp. max.	Observations
3 oct.	avant traitement			Vernes : 25
25 »	2 cc.		39,3	Tendance syncopale, le lendemain. Pas de réaction locale
28 »		0,05	37	
30 »	3 cc.		38	
1 ^{er} nov.		0,05	38,2	
2 »	4 cc.		38,5	Diarrhée le lendemain
4 »		0,05	38,7	
7 »	5 cc.		38,7	Tendance syncopale
9 »		0,05	38,7	
12 »			36,8	Vernes-Résorcine : 77
15 »		0,10	37,4	
16 »	7 cc.		38,2	
20 »		0,10	38,6	Pas de réactions locales
21 »	8 cc.		39,3	
24 »		0,10	37,5	
25 »	9 cc.		38,8	
28 »		0,20	37,4	
30 »	10 cc.		38,5	
1 ^{er} déc.			37,8	Vernes-Résorcine : 73 ✓
4 »		0,20	37,4	
11 »		0,20	36,8	Vernes-Résorcine : 10
18 »		0,20	37,4	

Résultat psychique du traitement :

22 décembre : Reste couchée. Aucun mouvement spontané. Conservation des attitudes ; mange difficilement.

13 janvier : Même état. Mutisme habituel.

20 février 1934 : S'est levée spontanément pour aller aux cabinets. Facies moins figé. Ébauche de sourire.

8 mars : Conservation des attitudes. Inertie. Mutisme.

10 avril : État stationnaire.

Traitements complémentaires : Pancrinol, du 14 novembre au 1^{er} décembre. Antélobine du 19 février au 10 mars 1934 : 10 injections. Hormovarine du 15 avril au 2 mai.

Examens complémentaires :

Radiologie : 4 octobre 1933 : Diminution de la transparence au niveau des sommets, plus accusée à gauche qu'à droite. Quelques opacités dans la région sous-claviculaire. Ombres hilaires marquées avec des nodules calcifiées.

16 novembre 1933 : Thorax emphysémateux. Clarté exagérée. Aucun signe de localisation.

Bases élargies. Diaphragme peu mobile (Dr Pior).

25 avril 1934 : Légère diminution de la transparence au niveau des sommets qui s'éclairent assez bien à la toux.

Au niveau du champ pulmonaire droit, lésions caverneuses. Sinus cardio et costo-diaphragmatiques normaux.

Sang : B.-W. le 15 septembre 1933 : négatif.

Cholestérine, le 5 octobre 1933 : 1 gr. 80.

Numération globulaire et formule sanguine

	25 oct. 33 (avant traitement)	31 oct.	13 nov.	28 nov.	18 déc.
Hémoglobine %....	85	85	85	85	80
Glob. Rouges.....	4.380.000	4.445.000	4.390.000	3.980.000	3.365.000
Glob. Blancs.....	10.700	19.000	18.000	12.800	6.400
Lymph. et Mono. %	5	8	3,5	9	23,5
Grands monos %..	9,5	7	4	1,5	4
Poly. %.....	83,5	82,5	87,5	88,5	65,5
Transition %.....	2	2,5	5	1	5,5
Eosinophiles %...	0	0	0	0	1,5

Réaction de Vernes :

3 octobre : 25 ; 12 novembre : 77 ; 1^{er} décembre : 73 ;
11 décembre : 10 ; 3 février : 26.

Cutiréaction : 20 septembre + ; 18 novembre + — ;
20 janvier ++ ; 23 mars +.

Intradermoréaction : A la tuberculine : 24 octobre + ;
18 novembre + — ; 20 janvier ++ ; 6 avril 1934, rougeur 1 cm. × 1 cm., infiltration 1 cm. × 2 cm.

A l'ultra-virus 18 novembre : 0 ; 20 janvier : 0 ;
25 mars : 0.

Liquide céphalo-rachidien : 15 septembre 1933 : Albumine : 0,25 ; B.-W. : négatif. Benjoin : négatif. Pandy : négatif.

Inoculation au cobaye le 18 octobre : résultat non encore connu.

En résumé : Etat catatonique d'apparition récente chez une femme de 35 ans.

Terrain tuberculeux.

Sulfochrysothérapie : 1 gr. 30 d'allochrysine.

Réactions locales et thermiques faibles.

Vernes-Résorcine à 77.

Aucune amélioration au point de vue mental.

V. RÉSULTATS D'ENSEMBLE

Au point de vue des résultats thérapeutiques, nous divisons nos malades en trois groupes : les succès, les succès partiels, les échecs. Nous considérons comme succès, une amélioration équivalent à une rémission complète, qui se sera maintenue jusqu'à ce jour. Les succès partiels sont les rémissions incomplètes ou transitoires.

Dans ces conditions, nos vingt malades se répartissent comme suit :

Succès	9 soit 45 %
Succès partiel.....	6 soit 30 %
Échecs	5 soit 25 %

Ce pourcentage de succès est intéressant, si on le compare à ceux qui ont été obtenus jusqu'ici. Il est vrai de dire que notre expérience ne porte que sur 20 cas, et que nous ne savons pas ce que l'avenir réserve à nos malades en rémission. Tout de même quelques-uns d'entre eux ont repris depuis un an une vie sociale normale. C'est déjà à notre avis un résultat appréciable.

Ces succès sont-ils le fait de la thérapeutique ou celui d'un hasard favorable ?

Nous ne saurions le dire. Sans doute ces deux facteurs sont-ils associés, mais nous ne savons pas davantage, quelle part du succès il revient à chacun d'eux. En tous cas, ces premiers résultats nous incitent à continuer l'expérience qui, seule au bout d'un certain temps, permettra de trancher la question.

VI. ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

De l'observation détaillée des malades, nous avons tiré quelques indications d'ordre pronostique qu'il nous paraît intéressant d'exposer ici. Les unes sont données par l'examen clinique de ces malades avant le traitement, les autres résultent de leurs réactions physiques et biologiques aux injections de *sulfosine* :

1^o ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC AVANT LE TRAITEMENT.

Dans nos observations nous avons souligné pour chaque cas, la notion de tuberculose associée, la forme clinique, la date d'apparition des troubles. Examinons les résultats successivement en fonction de chacun de ces trois facteurs.

a) *Résultats en fonction du terrain.*

De nos 20 malades 9 présentent des antécédents de tuberculose (antécédents héréditaires ou personnels, tuberculose actuelle), 11 en sont indemnes.

Chez les 9 malades à terrain tuberculeux nous trouvons :

4 succès ; 2 succès partiels ; 3 échecs.

Chez les 11 malades indemnes de tuberculose, nous trouvons :

5 succès ; 4 succès partiels ; 2 échecs.

En somme, nous avons obtenus 44 % de succès chez les tuberculeux (4 sur 9) et 45 % de succès chez les malades non tuberculeux (5 sur 11).

Nous pouvons donc en tirer cette première conclusion :

La notion de terrain tuberculeux ne modifie pas le pourcentage de succès thérapeutiques.

b) *Résultats en fonction de la forme clinique.* 8 de nos malades peuvent être groupés dans les états schizophréniques et 12 dans les états hébéphréno-catatoniques.

Chez les premiers nous trouvons :

1 succès ; 4 succès partiels, 3 échecs.

Chez les seconds :

8 succès ; 2 succès partiels, 2 échecs.

En somme 12 % de succès (1 sur 8) dans les états schizophréniques contre 66 % (8 sur 12) dans les états hébéphréno-catatoniques. Autrement dit : Nous avons obtenu dans les états hébéphréno-catatoniques, 6 fois plus de succès que dans les états schizophréniques.

c) *Résultats en fonction de la date d'apparition des troubles.* Assigner une date de début à une maladie mentale qui évolue souvent par poussées successives est dans bien des cas, très embarrassant ; en particulier, quand il s'agit de dire si un épisode très antérieur, doit être rattaché ou non à la maladie actuelle. Aussi toute division qui repose sur cette date de début est de par sa base entachée d'imprécision, sinon d'arbitraire. Quoi qu'il en soit, nous

basant sur les dates mentionnées dans les observations, nous diviserons nos malades en « cas anciens » et « cas récents » suivant que la maladie remonte, à notre sens, à plus d'un an ou à moins d'un an.

Dans ces conditions, nous avons 11 cas anciens et 9 cas récents.

Les cas anciens ont donné :

2 succès ; 5 succès partiels ; 4 échecs.

Les cas récents ont donné :

7 succès ; 1 succès partiel ; 1 échec.

En somme, 18 % de succès (2 sur 11) dans les cas anciens et 77 % de succès (7 sur 9) dans les cas récents. Ce que nous exprimons en disant que chez nos malades le pourcentage de succès thérapeutiques a été dans les cas récents, quatre fois plus fort que dans les cas anciens.

Nous pouvons donc conclure :

La date d'apparition récente, la forme hébéphréno-catatonique nous paraissent des facteurs importants de pronostic favorable. La notion de terrain tuberculeux ne semble pas donner d'indication pronostique.

En conséquence : les meilleurs cas sont ceux qui réunissent les deux premières conditions : sur 8 malades hébéphréno-catatoniques récents : 7 succès ; 1 échec. Les plus mauvais sont les états schizophréniques anciens : sur 7 cas : 6 échecs et 1 succès.

B. ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC AU COURS DU TRAITEMENT

Les notions précédentes nous permettront de choisir parmi les déments précoces, ceux qui ont le plus de chances de bénéficier du traitement. Mais une fois celui-ci institué, est-il possible de savoir à quel moment il devient inutile de continuer l'expérience. Ce sera l'objet de ce chapitre dans lequel nous étudierons les réactions de l'organisme à l'injection pyréto-gène. Ces recherches n'avaient pour nous, à l'origine, qu'un intérêt documentaire expérimental ; c'est leur confrontation avec les résultats cliniques observés qui nous paraît actuellement justifier des conclusions d'ordre pronostique.

Nous avons étudié chez chacune de nos malades, d'une part, les réactions physiques en général : (température, poids, règles, réactions locales aux injections) d'autre part les réactions plus spécialement biologiques (variations de la formule sanguine, réaction de floculation de Vernes, vitesse de sédimentation globulaire, réaction allergique à la tuberculine).

A. Réactions physiques

1^o *La température.* — La température dans la pyrethérapie soufrée a fait l'objet de différents travaux. En particulier, elle a été étudiée en détail dans la thèse de LAJOURNADE. Nos constatations sont conformes à ce qui a déjà été écrit : Nous ne

sommes pas maîtres du degré de l'élévation thermique, celle-ci n'étant pas fonction de la quantité de sulforine injectée.

Dans nos observations sont notées les températures maxima atteintes après chaque injection. Elles montrent parfois une élévation forte à 39°-40° dès la 1^{re} injection. Généralement, l'hyperthermie ne se manifeste qu'après la 5^e ou la 6^e. Mais nous avons aussi observé un cas (ROUB. Obs. XIV) où l'injection provoque la réaction inverse. La température tombe à 35°4 après la 3^e injection « pyrétogène ». LAJOURNADE, d'ailleurs, a déjà observé cette particularité dans 3 cas 38°9 — 9cc., 39° — 10 cc., 39°4.

de démence précoce.

Dé l'ensemble de nos cas se dégage pourtant la moyenne suivante après chaque injection de sulfo-sine : 1 cc., 38°3 — 2 cc., 38°7 — 3 cc., 38°9 — 4cc., 38°3 — 5 cc., 39°3 — 6 cc., 38°9 — 7 cc., 38°9 — 8 cc., 38°9 — 9 cc., 39° — 10 cc., 39°4.

Ces chiffres montrent que d'une façon générale la température s'élève jusqu'aux environs de la 5^e injection, s'abaisse ensuite pour remonter vers la 9^e, les valeurs maxima observées oscillant autour de 39°4. Comparant avec cette moyenne générale les réactions particulières de chacune de nos malades, nous constatons que dans sept cas, les réactions furent nettement faibles ou nulles. Or, il se trouve que chez six de ces malades, l'état mental est resté stationnaire. Tous nos succès thérapeutiques, sauf un (M^{lle} Bour. Obs. II) se retrouvent chez les malades

dont les réactions thermiques furent fortes. Cependant, 5 fois sur 13, les réactions thermiques fortes furent suivies d'échecs.

Sans préjuger de la valeur des réactions fortes, nous pouvons donc déjà conclure que *des réactions thermiques faibles ou nulles sont généralement d'un pronostic fâcheux.*

2^o *Les réactions locales.* — La réaction locale à l'injection de sulfosine est très variable. Dans certains cas, on ne note aucune modification. L'huile soufrée se résorbe régulièrement et la malade ne semble pas incommodée.

Dans d'autres cas on observe, pendant les jours qui suivent l'injection, des phénomènes inflammatoires plus ou moins accusés. Tantôt, c'est un empâtement douloureux qui dure deux jours, tantôt cet empâtement s'accompagne de rougeur et de chaleur et donne à la malade une sensation de tension très douloureuse. Ces réactions généralement faibles au début augmentent en intensité, avec la dose de sulfosine injectée. Leur étendue est parfois telle que l'infiltration persiste encore au moment où l'on fait l'injection suivante dans la même fesse. Les piqûres entretiennent alors un état inflammatoire des deux régions fessières et les malades sont à peu près immobilisés dans leur lit par cette douleur continuelle. Dans trois cas cette infiltration aboutit à la formation d'un abcès que nous avons dû inciser.

Ces réactions locales, avons-nous dit, ne sont pas constantes. Or, toutes les injections sont été faites de

la même façon chez toutes nos malades. Nous pensons donc pouvoir écarter l'hypothèse d'infection surajoutée et voir dans ces réactions une des manifestations extérieures du processus de défense de l'organisme.

Or, il se trouve que toutes nos malades entrées en rémission, sauf une (M^{me} Sal. Obs. VII) ont présenté ces réactions locales fortes. Ces réactions furent faibles ou nulles chez 6 malades et ce furent 4 échecs complets. Une amélioration transitoire et un succès : (M^{me} Sal. Obs. VII) sur lequel d'ailleurs nous reviendrons. Nous avons vu aussi 7 échecs chez les malades dont les réactions avaient été fortes. En somme, sur 7 réactions locales faibles ou nulles : 1 succès. Sur 13 réactions fortes : 8 succès.

Nous en tirons cette conclusion que *des réactions locales faibles ne sont pas habituellement suivies de succès thérapeutique.*

Cette donnée est peut-être à rapprocher de la valeur pronostique qu'il est classique d'attribuer à l'abcès de fixation.

3^o *Le poids. L'état général.* — La perte de poids est habituelle pendant la pyrétothérapie soufrée. Elle est variable. Ainsi elle a atteint 8 kg. 500 chez la malade Boy... (Obs. IX) et seulement 3 kg. 300 chez la malade Roub. (Obs. XIV). Et encore, chez cette dernière l'amaigrissement ne s'est-il manifesté que pendant les premières semaines du traitement. Au moment de sa 10^e injection le poids était de 34 kilo-

grammes. Il n'était que de 34 kg. 700 avant la pyrétothérapie.

En général, une perte importante de poids s'observe chez les malades dont les réactions thermiques et locales sont également fortes. Ceux qui ne font ni température ni réactions locales, ne maigrissent pas.

A la fièvre, la douleur locale, d'amaigrissement s'ajoute encore une sensation de fatigue extrême. L'état général est très touché et dans le cas de la malade Boy... (Obs. IX) nous avons dû faire pendant une semaine, des injections quotidiennes de sérum glucosé.

Dans deux cas (Obs. II et Obs. III) existait une certaine discordance entre ces réactions : 1^o la malade Bour... (Obs. II) fit des réactions thermiques faibles. Elle ne dépassa pas 38°8 pendant sa première série de sulfosine. Mais l'intensité de ses réactions locales, l'amaigrissement déjà considérable à l'entrée qui s'est encore accentué au cours du traitement, témoignait du bouleversement du métabolisme.

La malade Sal... (Obs. VII) ne fit pas de réactions locales malgré de fortes poussées thermiques et un amaigrissement qui atteint 6 kilogrammes. Son poids a passé en quelques semaines de 43 kilogrammes à 37 kilogrammes. Il convient donc d'apprécier une réaction physique, en tenant compte de l'ensemble de ses trois facteurs : la température, les réactions locales, le poids. Nous avons ainsi rangé dans le groupe des réactions fortes les malades Bour... et Sal...

Considérons maintenant ces réactions en fonction des résultats cliniques.

15 malades ont présenté des réactions fortes. 9 furent des succès. Tous nos succès se trouvent donc parmi les malades aux réactions fortes. C'est-à-dire aussi aucun succès net n'a été observé chez les 5 autres malades, dont les réactions furent faibles (4 échecs et 1 amélioration transitoire).

Soulignons ici que malgré l'atteinte profonde de l'état général, il suffit de cesser la pyrétothérapie pour voir immédiatement disparaître les troubles qu'elle a créés. En particulier, le poids antérieur est vite rattrapé, souvent même il est dépassé.

Conclusion. — Les réactions physiques des malades sont importantes à suivre. Une température élevée des réactions locales inflammatoires intenses, une chute importante du poids, et une sensation de fatigue extrême seront des éléments de pronostic favorable. Mais ils n'entraînent pas toujours la rémission de la maladie mentale.

Par contre, *l'absence de ces réactions physiques devra faire craindre, presque à coup sûr, l'échec de la thérapeutique.*

B. Réactions biologiques

Les réactions physiques que nous venons d'étudier sont l'expression brutale du désordre biologique créé par la pyrétothérapie. Quelle est l'action de ce traitement chez les malades qui ne manifestent pas ces

troubles évidents ? Nous l'avons recherchée en essayant de pénétrer plus intimement dans le mécanisme de défense de l'organisme par les divers moyens que le laboratoire met à notre disposition. C'est ainsi que nous avons été amenés à rechercher d'abord chez quelques malades, puis systématiquement chez tous.

1^o Les variations du nombre des globules et celles de la formule sanguine.

2^o Les modifications de la réaction de Vernes à la résorcine.

3^o La vitesse de sédimentation des hématies.

4^o Les réactions allergiques à la tuberculine. Ces recherches ont déjà fait l'objet d'une publication récente de MM. CLAUDE, DUBLINEAU et nous-mêmes (1). Nous en reproduirons ici quelques points importants.

I. NUMÉRATIONS GLOBULAIRES

Globules rouges. — Le nombre des globules rouges ne subit pas de modifications importantes au cours de la pyrétothérapie. Les chiffres rapportés dans les observations traduisent pour la plupart une légère diminution du nombre des hématies. Nous n'avons pas vu l'intérêt immédiat que pourrait présenter au point de vue pronostique l'étude plus détaillée de cette

(1) De quelques modifications biologiques dans la Chryso-pyrétothérapie des psychoses et de leur valeur pronostique par MM. CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN. *Progrès médical*, 1934 (sous presse).

anémie transitoire. Aussi ne retiendra-t-elle pas plus longtemps notre attention ici.

Globules blancs. — « Au cours de la pyrétothérapie une leucocytose importante a été signalée par différents auteurs. L'injection de sel d'or également peut donner à elle seule une réaction d'hyperleucocytose. Mais dans l'ensemble l'adjonction à l'huile soufrée des différents sels d'or ne paraît pas modifier sensiblement la leucocyto-réaction consécutive aux injections pyrétogènes.

La leucocytose est en moyenne de 19.000 éléments le lendemain d'une injection de sulfosine. Elle serait maxima à la quinzième heure (RIZATTI et DEBENS). Elle persiste encore (fait important qui montre la longue durée d'action du produit) au quatrième jour. Le degré de l'hyperleucocytose est indépendant de l'intensité de la fièvre comme de la dose d'huile soufrée injectée (1).

« Ainsi chez la malade Roub... (Obs. XIX) dont les réactions thermiques furent particulièrement faibles, la leucocytose fut toujours importante après les injections de sulfosine. Le détail de ces numérations a été rapporté dans son observation ; nous rappellerons seulement qu'après une injection de 5 cc. d'huile soufrée, la température ne dépasse pas 36° tandis que le nombre de globules blancs atteint 18.500 le lendemain, et 24.000 le surlendemain (1).

« Cette indépendance relative de la fièvre et de la

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

courbe d'hyperleucocytose s'observe d'ailleurs avec d'autres agents pyrétogènes. Ainsi le propidon à la dose de 2 cc., 4 cc., et 6 cc., chez la même malade provoque plutôt une hypothermie (36°, 37°2 et 35°4). La numération globulaire montre cependant après une courte phase de leucopéinie une hyperleucocytose qui atteint après chacune des injections respectivement 16.500, 13.000 et 13.800 globules blancs »(1). Le détail en est donné dans son observation.

L'hyperleucocytose est aussi très variable dans son intensité suivant les malades. Voici par exemple quelques chiffres extraits des observations. Ils représentent l'hyperleucocytose observée le lendemain de l'injection de sulfosine dont la dose est indiquée :

Obs.	III.	25.000 G. B.	après 3 cc.	Rémission .
Obs.	VI.	18.500 G. B.	» 8 cc.	Rémission
Obs.	X.	21.000 G. B.	» 6 cc.	Rémission partielle
Obs.	XIII.	18.500 G. B.	» 7 cc.	Échec
Obs.	XV.	27.500 G. B.	» 8 cc.	Échec

Ce tableau montre aussi que l'hyperleucocytose, chez les malades restées stationnaires a pu être aussi importante que chez celles qui sont entrées en rémission.

Mais, dans l'ensemble, si l'on fait la moyenne du nombre de G. B. aux différents jours qui suivent une injection d'huile soufrée on obtient les chiffres suivants (1) qui traduisent dans le temps les variations d'intensité de la leucocyto-réaction.

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

Lendemain	18.820
2 ^e jour.....	16.160
3 ^e jour.....	13.950
4 ^e jour.....	8.980
5 ^e jour.....	6.375
6 ^e jour.....	8.335
10 ^e jour.....	7.650

Nous concluons que l'hyperleucocytose provoquée par l'injection d'huile soufrée est constante. Elle dure quatre jours environ, et passe par un maximum le lendemain de l'injection. Sa valeur numérique est indépendante de la température et de l'intensité des réactions locales. Elle prouve que l'organisme réagit, mais ne peut donner d'indication d'ordre pronostique. D'ailleurs, MM. CLAUDE, SCHIFF et DIMOLESCO ont également constaté que la leucocyto-réaction consécutive aux injections de nucléinate de soude, ne permet pas de présumer de l'évolution ultérieure de la maladie mentale.

II. FORMULE SANGUINE BLANCHE

« Le plus souvent l'hyperleucocytose est à prédominance polynucléaire ; mais le taux de la polynucléose est rarement élevé. Il est surtout transitoire, ne persistant guère au delà de deux jours après l'injection pyrétogène. Rapidement, malgré l'hyperleucocytose persistante la formule retrouve un type normal. Assez souvent apparaissent des formes de transition. L'éosinophilie est rare (1).

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

Le tableau suivant donne pour chaque groupe de leucocytes la moyenne des pourcentages observés chez nos malades dans les jours qui suivent une injection d'huile soufrée (1).

	Mono. et lympho.	Grands mono.	Poly.	Eosino.	Transit.	Baso.	Myélo.
Lendemain	13.81	4,2	82,5	0,3	1,65	0,05	0,05
2 ^e jour	18.85	2,6	76,15	0,65	2,15	0,7	0
3 ^e jour	20,4	1,75	76,7	0,25	1,8	0	0
4 ^e jour	22.14	6.75	69.5	1.35	2.05	0.3	0.87
5 ^e jour	33,2	1,5	61,75	1,25	1	1	0,5
6 ^e jour	23.8	2	69,1	2.3	2.6	0.37	0
10 ^e jour	25	1,5	70,7	1.75	0.5	0.25	0

Rappelons ici le cas de la malade Gou... (Obs. X) qui présentait une légère éosinophilie au début du traitement ; celle-ci disparut après les premières injections et réapparut au moment de l'éruption aurique. Différents auteurs ont déjà insisté sur la valeur de l'éosinophilie au cours de la chrysothérapie. Son apparition précède toujours les accidents dus au métal.

PATHOGÉNIE

« Pour se rendre compte de la signification de ces modifications, il faut se rappeler les notions actuelles sur la formule sanguine dans la Démence précoce.

(1) Chaque chiffre représente la moyenne des pourcentages correspondants de toutes les formules sanguines que nous avons étudiées. Cela explique que dans chaque ligne, la somme ne fasse pas strictement 100 comme dans une formule sanguine véritable.

On sait que les variations de la formule sanguine sont considérées par certains comme traduisant les modifications du tonus neuro-végétatif, d'une part (polynucléaires et peut-être lymphocytes), les réactions du tissu réticulo-endothélial, d'autre part (grands et moyens monos). Aux syndromes d'excitation correspondraient la polynucléose par exaltation du système sympathique (RIZATTI et DEBEUS, TINEL) aux syndromes de dépression (asthénie, stupeur) correspondraient le leucopénie avec diminution de polynucléaires par inertie sympathique. L'hyperleucocytose précéderait, dans la schizophrénie chronique, le passage du sujet vers un état d'excitation.

D'autre part, SAGET, CARRIÈRE, RIZATTI et MARTINENGO, DEBEUS, KUPPERS, HERMANN, KNUD, OSTMANN, insistent sur le déplacement vers la gauche dans les formes évolutives, de l'image d'Arneth. Ce déplacement serait moindre dans les formes paranoïdes et schizophréniques.

Les modifications d'images ou de formules obtenues avec la pyrétothérapie (hyperleucocytose, polynucléose, déplacement de l'image d'Arneth) traduiraient en somme une irritation du système sympathique : elles sont du même ordre que celles que l'on observe dans les états évolutifs.

La pyrétothérapie vise au total à transformer les maladies chroniques en un état plus riche en processus de défense, en ramenant la formule leucocytaire au type que l'on observe dans les états aigus. Le retour clinique d'un état de stupeur à une phase

anxieuse ou hypomaniaque, c'est-à-dire à un état à tonus affectif intense, traduit la réapparition des processus de défense. Ainsi assiste-t-on souvent, avant le retour à la rémission véritable, à une phase d'instabilité affective avec intensité des troubles vaso-moteurs (hyperhydrose, acrocyanose, etc.) (1). »

Quoi qu'il en soit, pas plus que la numération globulaire, l'étude de la formule sanguine complète n'a pu nous donner d'indication pronostique,

III. Modifications de la Réaction de Vernes-Résorcine

« La signification de la réaction de Vernes-résorcine est, on le sait, complexe. Etablie pour permettre de « suivre l'évolution de l'activité bacillaire », cette réaction de l'aveu même de ceux qui l'ont mise en œuvre, est « non spécifique et (au contraire de la réaction de Vernes-perethynol pour la syphilis) susceptible d'être modifiée par des facteurs étrangers à l'infection tuberculeuse. » On observe en particulier des floculations dans les états toxi-infectieux ; elles sont liées, moins à la fièvre, semble-t-il qu'aux « troubles toxémiques » liés à « l'état infectieux initial » (GUÉRIN). On a dit qu'elle était une toxi-métrie (JOUSSET) (1). »

« Or, nous venons d'insister sur l'importance clinique des troubles biologiques apportées par la fièvre provoquée. Par ailleurs, la fièvre n'est, semble-t-il,

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

dans le syndrome pyrétique, qu'un incident, noyé dans l'ensemble des conséquences de l'infection pyrétogène. Les résorptions liées à la fonte tissulaire, aux bouleversement endocriniens, et localement aux tuméfactions ou empâtement douloureux au point d'injection, réalisent au plus haut point cette « toxihémie » temporaire susceptible de bouleverser la floculation de la résorcine (1). »

De là est venu l'idée de rechercher l'indice de floculation pour juger de l'importance des troubles provoqués.

MM. CLAUDE, EY et DUBLINEAU, au cours du traitement de leur 5 premiers malades ont constaté une ascension de l'indice, différente suivant l'issue du traitement. Deux malades entrées en rémission avaient eu des indices supérieurs à 100. Cet indice fut de 77 pour une rémission incomplète tandis que dans les deux cas demeurés stationnaires ils n'avaient pas dépassé 69 dans l'un, 37 dans l'autre.

« Nous avons par la suite continué ces investigations. Actuellement, notre documentation porte sur 80 réactions pratiquées sur les 20 malades traités.

« Nous la devons à l'obligeance du Dr VERNES qui a mis à notre disposition ses laboratoires de l'Institut prophylactique. Malheureusement, pour diverses raisons nous n'avons pu suivre tous les malades aussi fréquemment que nous l'aurions voulu. Aussi, les résultats que nous rapportons, n'ont-ils qu'un carac-

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

Observations	Réaction avant le traitement	Réactions pendant le traitement
MALADES ENTRÉES EN RÉMISSION		
I. M ^{lle} Lass	non faite	79 le 30 ^e jour ; 102 le 55 ^e ; 28 le 74 ^e
II. M ^{lle} Bour....	non faite	78 le 20 ^e jour ; 49 le 44 ^e
III. M ^{lle} Zil	non faite	157 le 26 ^e jour
IV. M ^{lle} Fin.....	13	67 le 19 ^e jour ; 144 le 40 ^e ; 27 le 55 ^e
V. M ^{lle} Scho....	6	107 le 25 ^e jour ; 12 le 55 ^e
VI. M ^{lle} Cen	8	18 le 4 ^e jour ; 31 le 13 ^e ; 83 le 72 ^e
VII. M ^{me} Sal.....	non faite	122 le 21 ^e jour ; 52 le 41 ^e ; 24 le 62 ^e ; 11 le 87 ^e
VIII. M ^{lle} Gail....	67	27 le 4 ^e jour ; 50 le 13 ^e ; 95 le 72 ^e ; 95 le 85 ^e ; 62 le 151 ^e ; 25 le 210 ^e .
IX. M ^{lle} Boy	non faite	1 ^{re} série : 77 le 26 ^e jour ; 38 le 45 ^e ; 33 le 68 ^e (suivie d'amélioration transitoire). 2 ^e série (1) : 58 le 5 ^e jour ; 39 le 57 ^e
RÉMISSIONS INCOMPLÈTES OU TRANSITOIRES		
X. M ^{lle} Gou.....	13	1 ^{re} série (suivie d'échec) : 83 le 28 ^e jour ; 65 le 47 ^e ; 15 le 70 ^e . 2 ^e série (suivie de rémission transitoire) : 118 le 44 ^e jour ; 23 le 88 ^e
XI. M ^{lle} Last	5	1 ^{re} série : 94 le 30 ^e jour ; 74 le 55 ^e ; 54 le 80 ^e 2 ^e série : 84 le 23 ^e jour
XII. M ^{lle} Dau	17	71 le 47 ^e jour
XIII. M ^{lle} Lem	7	69 le 19 ^e jour ; 97 le 38 ^e ; 30 le 52 ^e ; 11 le 83 ^e
XIV. M ^{lle} Son	15	65 le 16 ^e ; 107 le 43 ^e
XV. M ^{lle} Au.....	9	1 ^{re} série : 37 le 18 ^e ; 58 le 37 ^e 2 ^e série (suivie d'échec) : 39 le 20 ^e ; 12 le 44 ^e
ECHecs		
XVI. M ^{me} Rol	15 puis 6	37 le 40 ^e jour
XVII. M ^{me} Seg.....	109	138 le 48 ^e jour
XVIII. M ^{lle} Tav	7	69 le 25 ^e jour ; 9 le 48 ^e
XIX. M ^{lle} Rou	18	36 le 22 ^e ; 69 le 34 ^e ; 12 le 53 ^e
XX. M ^{lle} Leib	25	77 le 19 ^e ; 73 le 37 ^e ; 10 le 47 ^e

(1) Pour la 2^e série faite chez 3 malades nous avons pris comme début la date de la reprise du traitement.

tère provisoire. Ils nous paraissent déjà néanmoins suffisamment caractéristiques pour permettre des conclusions intéressantes au point de vue du pronostic (1). »

DESSIN GÉNÉRAL DE LA COURBE DE FLOCCULATION

Si nous groupons les indices relatés dans les observations en les situant dans le temps par rapport à la date de début du traitement nous obtenons le tableau précédent (1).

Ce tableau d'ensemble montre que, quelle que soit l'évolution clinique ultérieure :

« *L'indice, faible avant le traitement, monte au fur et à mesure que les injections se répètent, passe par un maximum, décroît et revient à son niveau antérieur* (1). »

Deux malades ont fait exception à cette règle : 1^o La malade Gail (Obs. VIII). Cette malade était atteinte de tuberculose pulmonaire dont l'évolution favorable est représentée par la courbe du Vernes après le traitement. De plus au moment du premier examen elle présentait un état fébrile consécutif à une ponction lombaire.

La 2^e exception est la malade Seg... (Obs. XII) atteinte de tuberculose ouverte dont l'évolution lui fut fatale.

« En faisant la moyenne des chiffres obtenus dans

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

chaque groupe, par période de 10 jours on obtient le tableau suivant :

	Avant	10 ^e au 20 ^e	20 à 30	30 à 40	40 à 50	50 à 60	60 à 70	70 à 80	80 à 90	90 et au delà
Remissions ...	10	34	49	116	56	69	56	22	68 (1)	11
Améliorations transitoires .	10,6	»	57	77	98	72	30	33	18	33
Echecs	14	»	77	62	71	17	26	12		

Il nous montre que la réaction passe par un maximum, du 30^e au 40^e jour, dans le groupe des rémissions, du 40^e au 50^e jour dans celui des améliorations transitoires, du 20^e au 30^e jour dans le groupe des échecs.

En somme, quelle que soit l'issue du traitement, les courbes des réactions sont analogues dans l'ensemble : elles passent par un maximum au cours de celui-ci. Mais ce maximum est d'autant plus élevé que la rémission ultérieure a été plus importante.

« Nous étudierons avec quelques détails :

1^o Les maxima obtenus dans chaque catégorie.

2^o Les moments optima auxquels ils se produisent et doivent donc être recherchés (2). »

(1) Cette moyenne se trouve faussée par le cas Gail... obs. VIII dont l'indice élevé (95) est dû non à la pyrétothérapie mais à sa tuberculose pulmonaire.

(2) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

1° *Chiffres maxima et leur signification pronostique.*

« a) Chez les 9 malades entrées en rémission, cinq ont présenté à un moment donné un indice supérieur à 100. Ces maxima furent 102, 157, 144, 107, 122. Les 4 autres furent de 78, 83, 95, 58. Moyenne générale : 105,1

b) Chez les six malades améliorés transitoirement ou incomplètement les maxima furent de 118, 94, 71, 97, 58. Il convient d'ajouter à ces chiffres, le maximum 77, survenu au cours de la 1^{re} série suivie d'amélioration transitoire chez la malade Boy... (Obs. IX). Moyenne générale : 89,2.

c) Les maxima, observés dans les cas suivis d'échec ont été de : 37, 69, 69, 77. Nous ne retiendrons pas le cas de la malade Seg... (Obs. XVII) dont le traitement dut être abandonné devant l'aggravation progressive de l'état général. Nous ajoutons, par contre, les maxima observés à la suite de 2 nouvelles séries chez les malades des observations XV et XI et celui d'une première série suivie d'échec chez la malade Cen (Obs. VI). Moyenne générale : 65,3.

En résumé, tandis que la moyenne des indices maxima est de 105,1, dans le groupe des succès, elle est de 89,2 dans celui des succès partiels et de 65,3, dans celui des échecs.

On peut donc retenir à une première approximation que les résultats cliniques ont été d'autant meilleurs que l'indice de floculation a été plus élevé.

En pratique, un indice supérieur à 100 est un élément de pronostic favorable (1). »

2^o Situation du maximum de l'indice par rapport au début du traitement.

Dans les cas suivis de rémission la moyenne des indices est la plus forte du 30^e au 40^e jour. Ce maximum se place entre le 20^e et le 30^e jour dans les cas suivis d'échecs et entre le 40^e et le 50^e jour dans les cas suivis de rémission passagère (1). Notons que les chiffres supérieurs à 100 ont été trouvés au plus tôt le 21^e jour (Obs. VII) et au plus tard le 55^e (Obs. I). En général on les trouve entre le 25^e et le 45^e jour du traitement.

Nous pourrions donc conclure que c'est entre le 21^e et le 55^e jour du traitement et plus spécialement du 25^e au 45^e jour que l'on est le mieux à même de trouver le point maxima de la courbe de floculation (1).

Considérée par rapport aux injections d'huile soufrée, cette période se place en général, étant donné le rythme à peu près constant des injections, entre la 6^e et la 9^e. D'ailleurs les moyennes générales des indices obtenues après chaque injection sont les suivantes :

Après la 1 ^{re}	34	Après la 5 ^e	57	Après la 8 ^e	113
» 3 ^e	40	» 6 ^e	97	» 9 ^e	111
» 4 ^e	59	» 7 ^e	90	» 10 ^e	76

C'est donc à partir de la sixième injection jusqu'à la fin du traitement que seront trouvés les indices

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

maxima de flocculation. En dehors de ce limites les indices obtenus seront toujours inférieurs à l'indice maximum.

Quelle est l'influence de la température sur l'ascension de l'indice ? Nous avons constaté de nombreux cas d'ascension importante, malgré des températures basses. Inversement, des chiffres bas ont été obtenus en pleine période pyrexique. L'important à notre avis est de faire les prélèvements moins de 6 jours après l'acmé thermique. Passé ce délai le taux de la réaction s'abaisse en effet assez rapidement.

Pratiquement, il y a intérêt à déterminer l'indice dans les 3 ou 4 jours qui suivent l'injection pyrétogène. Le meilleur jour nous paraît être le deuxième.

Quelle est l'influence du terrain ?

Sauf les cas de tuberculose évolutive, les antécédents bacillaires, n'ont aucune influence, sur le degré d'ascension de l'indice.

Faisons maintenant un petit retour en arrière. Nous avons dit que pour être d'un bon pronostic l'indice de flocculation doit dépasser le chiffre 100.

Or nos succès se sont accompagnés des indices suivants : 102, 78, 157, 144, 107, 83, 122, 95, 58.

Quatre chiffres semblent donc en contradiction avec la règle que nous avons énoncée. Voyons, si à la lumière des faits précédents, on peut expliquer ces anomalies apparentes.

Le chiffre 78 (Obs. II) a été obtenu le 20^e jour, le chiffre suivant dans la série, 19, est postérieur à la dixième injection.

Le chiffre 83 (Obs. VI) est le résultat d'un examen fait le 72^e jour. L'examen précédent ayant eu lieu le 13^e jour et a donné 31.

95 est l'indice de la malade Gail (Obs. VIII) fait le 72^e jour, l'examen précédent était du 13^e jour après l'injection.

58 est l'indice de la malade Boy (Obs. IX) recherché le 5^e jour. L'examen suivant a été fait le 57^e jour.

En somme ces indices proviennent de prélèvements faits soit avant le 21^e jour soit après le 55^e qui sont les limites extrêmes en dehors desquelles les indices ne furent jamais supérieurs à 100.

Il apparaît donc que ces indices ne sont pas les indices maxima vrais, et que ces quatre malades ne sont pas en contradiction avec l'ensemble des malades en rémission. Nous avons seulement laissé passer le moment opportun, et n'avons pas saisi le maximum de la réaction.

« *En conclusion* : L'étude de la réaction de Vernes-résorcine au cours du traitement pyrétogène de la démence précoce nous paraît donner, dans une certaine mesure, une indication pronostique quant aux résultats psychiques de la cure.

L'indice de floculation devra être recherché tous les dix jours environ. Le prélèvement sera fait de préférence dans les 3 jours qui suivent l'acmé thermique. La maximum sera trouvé entre le 25^e et le 55^e jour, c'est-à-dire entre la 6^e et la 9^e injection pyrétogène.

Le pronostic est d'autant meilleur que le maximum

est plus élevé. En général, il est bon lorsque le chiffre dépasse 100 (1). »

IV. Vitesse de sédimentation

Au cours de ces dernières années, certains auteurs ont attiré l'attention sur le parallélisme qui existerait entre l'accroissement de la vitesse de sédimentation et l'ascension de l'indice de floculation de Vernes. MAXWELL, en particulier, affirme que dans les cas de tuberculose toutes les indications données par la courbe de floculation, peuvent être tirées de l'étude de la vitesse de sédimentation.

A première vue cette affirmation étonne. Elle devient très plausible à un examen plus approfondi. IZIKOWITZ et ses collaborateurs, étudiant les réactions biologiques au cours de la pyrétothérapie soufrée, signalent entre autres particularités, l'augmentation des globulines du sérum (surtout après plusieurs injections), et l'accroissement de la vitesse de sédimentation. Dans une note récente présentée à l'Académie de Médecine, CHORINE et PRUDHOMME montrent que la réaction de Vernes-résorcine est due à la diminution des surines et à l'augmentation inégale des englobulines et des pseudo-globulines.

Il semble donc que ces réactions soient bien deux expressions différentes d'un même trouble fondamental.

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

La plupart des mesures que nous avons faites concernent des malades dont les observations ne sont pas rapportées ici. D'autre part, nos résultats sont encore trop peu nombreux pour permettre une conclusion valable. Aussi indiquerons-nous seulement, comment nous avons étudié cette vitesse de sédimentation et l'impression que nous laisse l'ensemble de nos résultats.

Méthode de mesure. — Nous avons utilisé le matériel simple de LINZENMAYER composé de quelques petits tubes gradués de 1 cc. de capacité et d'un support stable qui les maintienne bien verticaux. La descente des hématies ne se faisant pas suivant un mouvement uniforme, nous l'avons mesurée tous les quarts-d'heure pendant une heure. Cette mesure est aisée (à 1/2 millimètre près) grâce à la graduation du tube. Par exemple, dans le cas Gou... (Obs. X), le niveau des hématies descend de 16 millimètres pendant le premier quart-d'heure, de 7 millimètres pendant le 2^e, de 2 millimètres pendant le 3^e et de 1 millimètre pendant le 4^e. La vitesse maxima est donc atteinte pendant le 1^{er} quart d'heure, et sa valeur est de 64 [millimètres-heure. Ce même jour la réaction de Vernes-Résorcine donnait un indice de 118.

Dans les cas de sédimentation normale cette méthode donne des vitesses variant entre 6 et 14 millimètres, correspondant à un indice photométrique inférieur à 30.

Résultats. — Il résulte de nos mesures, que la vitesse de sédimentation est augmentée au cours de la

pyrétothérapie soufrée. Il existe un certain parallélisme entre la valeur numérique de cette vitesse exprimée en millimètres-heures, et l'indice de floculation. A un indice élevé correspond généralement une vitesse de sédimentation accélérée. En particulier, toutes les fois que l'indice a dépassé 100, la vitesse a dépassé 50.

A une vitesse de sédimentation faible (de 6 à 12 millimètres) correspond toujours un Vernes bas (de 11 à 24).

Mais nous avons constaté un certain nombre de discordances : des indices de 6, 12, et 19 correspondant respectivement à des vitesses de 20, 26, et 26 millimètres et une vitesse de 54 millimètres, correspond à un indice photométrique de 61.

LACAPÈRE et FENAL ont étudié comparativement ces deux réactions dans des cas de « Rhumatismes ». Ils ont observé une proportion de discordance qui est du même ordre que celle qui résulte de nos observations. Leur conclusion est que ces deux réactions se complètent mais ne peuvent se remplacer.

Mais nous pensons que les troubles biologiques créés par les injections d'huile soufrée, ne sont pas, *a priori*, absolument identiques à ceux que peuvent causer les « Rhumatismes » et c'est pourquoi nous ne pouvons appliquer à nos cas, les conclusions qu'ils ont formulées. Nous estimons que d'autres observations sont encore nécessaires pour trancher la question.

Conclusion. — De l'ensemble de nos mesures, nous

gardons tout de même l'impression, que pendant le traitement les variations de l'indice de floculation et celles de la vitesse de sédimentation peuvent se traduire par des courbes de même aspect. Ces courbes passent par un maximum à la même époque du traitement. Les valeurs de ces maxima sont entre elles dans un rapport à peu près constant. Celle du Vernes-Résorcine étant environ le double de celle de la vitesse de sédimentation.

Seule une expérimentation plus étendue au cours de la pyrétothérapie soufrée permettra de savoir si la vitesse de sédimentation peut remplacer l'indice de floculation et donner à elle seule une indication pronostique.

V. Réactions allergiques à la tuberculine

Les cuti et intradermo-réactions à la tuberculine ont été pratiquées sur la plupart de nos malades d'une façon suivie.

Dans trois cas, la cuti-réaction négative au début du traitement est devenue positive ou sub-positive à la fin de celui-ci.

De ces trois malades, l'une est entrée en rémission (M^{me} Cen... Obs. VI). Une deuxième a présenté une rémission partielle (M^{lle} Lem... Obs. XIII). Quant à la troisième (M^{lle} Roub... Obs. XIX) son état mental ne s'est pas modifié.

« Dans l'ensemble ces réactions se sont assez peu modifiées pendant le traitement. Il semble bien que

les trois malades mentionnées plus haut se soient allergisées sous l'influence de la pyrétothérapie. Mais l'ensemble des observations ne permet d'établir aucune relation générale entre les modifications des réactions allergiques et l'évolution de la maladie mentale (1). »

CONCLUSIONS

I. Les examens biologiques que nous avons pratiqués au cours de la pyrétothérapie nous ont montré que l'organisme réagit toujours aux injections de sulfosine, même dans les cas où celles-ci ne déterminent aucun trouble physique apparent (fièvre, réactions locales, etc.).

II. Ces réactions se manifestent par une hyperleucocytose, une modification de la formule sanguine, une ascension de l'indice de floculation à la résorcine, une accélération de la vitesse de sédimentation, des modifications inconstantes de l'allergie à la tuberculine.

III. Au point de vue pronostic ces réactions sont d'inégale valeur.

L'hyperleucocytose se retrouve indifféremment chez les malades non améliorées et chez les malades entrées en rémission. Il en est de même des variations de la formule sanguine blanche et des modifications allergiques à la tuberculine.

Par contre, l'étude de la réaction de Vernes-Résor-

(1) CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN.

cine nous paraît donner, des indications sur l'évolution ultérieure de la maladie mentale. Pour être valable cette étude devra porter sur l'ensemble des indices de floculation recherchés de dix en dix jours à partir du début du traitement. Les prélèvements devront être faits dans les 3 jours qui suivent l'injection pyrétogène. L'indice le plus élevé sera trouvé généralement entre le 25^e et le 45^e jour du traitement, c'est-à-dire à un moment compris entre la 6^e et la 9^e injection. De la valeur de cet indice maxima découle l'indication pronostique :

- au-dessous de 80 : échec probable ;
- entre 80 et 100 : succès partiel ou transitoire ;
- au-dessus de 100 : chances de succès.

Cette règle comporte évidemment des exceptions, mais dans l'ensemble on peut dire que le pronostic est d'autant meilleur, que l'indice maxima est plus élevé.

Notre expérimentation ne nous permet pas encore de dire si l'étude de la sédimentation, peut donner des renseignements d'un intérêt comparable au point de vue pronostique.

INCIDENTS DU TRAITEMENT

Tendance syncopale. — La malade Sal... (obs. VII) 12 heures après une injection de sulfosine, se sent brusquement très faible. Ses jambes ne peuvent plus la porter. On doit la soutenir. Elle est pâle, sa respiration est ralentie. Cet accès dure quelques minutes

puis tout rentre dans l'ordre. Il ne s'accompagne pas de perte de connaissance.

Le même incident est survenu chez la malade Gou... (obs. X) et chez quelques autres malades du service, soumis au même traitement. Cet incident a toujours été bénin et n'a nécessité aucune thérapeutique.

Abcès au lieu d'injection. — Dans trois cas, les réactions inflammatoires à l'injection de sulfosine, aboutirent à la formation d'un abcès collecté. Cet incident en général ne nous paraît pas fâcheux puisqu'il implique une intensité considérable des réactions locales, signe de bon pronostic.

Mais cet incident devient désagréable si la malade est agitée, malpropre, négativiste. Dans ces cas il est indispensable de la maintenir, pour contrôler l'élimination du pus et prévenir une infection secondaire.

Erythème aurique. — Quelques jours après la fin du traitement aurique la malade Gou... (obs. X) a présenté un erythème prurigineux apparu à la face antérieure du thorax qui envahit en quelques jours, la face et le tronc et s'arrêta à la partie supérieure des cuisses. Il s'est accompagné d'une légère albuminurie, d'une petite élévation thermique et d'éosinophilie.

Cette même malade fit un érythème analogue deux semaines après une deuxième série qui comporta en tout 0,40 de sel d'or.

La dose totale de sel d'or avait été de 1 gramme.

Mais Mlle Gou... avait déjà subi un traitement an-

tispécifique, à la suite duquel une légère albuminurie a été constatée. D'autre part, avant le traitement, nous avons trouvé chez elle, une légère éosinophilie (4 %). Celle-ci disparut au cours du traitement pour réapparaître au moment de l'éruption. Il semble donc que dans ce cas, la déficience hépato-rénale antérieure soit seule la cause de ces incidents auriques survenus d'ailleurs malgré des doses minimales de sel.

C'est la seule fois que nous ayons observé un incident imputable à l'or.

Nous avons traité immédiatement cette malade par des injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude.

Pronostic de la tuberculose associée. — La rupture d'équilibre biologique au cours de la pyrétothérapie, en particulier l'augmentation de la globuline, la diminution de la sérine, les oscillations du rapport sérine-globuline, caractérise un état pathologique qui se rapproche dans une certaine mesure de l'état de tuberculose. Dans cette dernière affection, CHORINE et PRUDHOMME ont en effet insisté récemment sur des modifications biologiques du même ordre (diminution des sérines, augmentation inégale de la quantité des euglobulines et des pseudo globulines).

Il semble donc que la pyrétothérapie soit susceptible de réveiller un processus tuberculeux antérieurement en sommeil.

En fait, nous avons constaté 3 fois une accentuation des réactions allergiques à la tuberculine, et 3 fois le réveil ou l'apparition de processus tuberculeux au cours ou à la suite du traitement.

Nous ne retiendrons pas le cas Seg... Obs. XVII qui avant le traitement présentait déjà des lésions de tuberculose pulmonaire ouverte.

Mais nous avons observé ce réveil chez la malade Gail... (Obs. VIII). A la suite du traitement, en effet, l'état général s'est aggravé ; la fièvre persistante, la présence de B. K. dans l'expectoration nous ont fait craindre à un certain moment une généralisation rapidement mortelle. Toutefois cette évolution tourna court et la malade récupéra assez rapidement un bon état général tandis que son état mental se maintenait bon.

La malade Boy... (Obs. IX) qui avait des antécédents pleuraux refait au cours de sa convalescence une pleurésie séro-fibrineuse. Celle-ci fut d'ailleurs bénigne. Chez la malade Leib... (Obs. XX) — nous assistons en ce moment à l'apparition de lésions pulmonaires que rien n'avait décelées au début du traitement.

Dans ces trois cas, il est difficile de préciser dans quelle mesure, le réveil des lésions bacillaires est le fait de la pyrétothérapie. Dans les cas VIII et IX, on pourrait incriminer la tendance au balancement connu, entre l'état mental et les lésions organiques, le traitement ayant peut-être favorisé cette tendance. Dans le cas XX des lésions apparaissent après la pyrétothérapie sur un terrain antérieurement suspect de par les antécédents.

En somme, la pyrétothérapie n'a pas manqué d'une façon particulière l'évolution de la tuberculose. Dans

nos cas tout au moins, celle-ci a suivi l'évolution qu'il est classique d'observer, au cours de certaines démenches précoces.

Les règles. — Elles sont souvent suspendues au cours du traitement. Dans le cas IX elles furent au contraire plus fréquentes. Dans certains autres cas, l'aménorrhée préexistait.

De toutes façons l'opothérapie ovarienne sera très souvent indiquée après le traitement pyrétogène.

Au total. — Les incidents observés au cours du traitement sont rares et toujours bénins.

Mais un bon résultat psychique, suppose presque toujours de fortes réactions locales et une atteinte profonde de l'état général.

Aussi une longue *convalescence* nous paraît nécessaire.

Elle sera d'abord physique. Il faut que les malades retrouvent l'appétit, le poids, la force qu'ils ont perdus. En général ce retour est rapide à la santé physique. Mais lorsque la tuberculose aura été incriminée, un examen périodique approfondi sera encore longtemps indispensable.

Elle sera aussi psychique. Les malades qui n'ont pas pensé pendant des mois, ne peuvent sans risque de surmenage, reprendre du jour au lendemain, leurs occupations antérieures. Il faut qu'ils se réadaptent à la vie mentale, et pour cela un traitement progressif est nécessaire. C'est « l'orthopédie psychique » qui sera réalisée au mieux, dans le calme, à la campagne.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous apportons les résultats obtenus dans le service du Professeur Claude par la sulfochrysothérapie de certains cas de Démence précoce.

I. LA DÉMENCE PRÉCOCE. SA DUALITÉ CLINIQUE

A la théorie uniciste, nous opposons, avec le Professeur Claude, la « notion de dualité de la démence précoce », dualité qui se manifeste tout au moins dans ses modalités d'apparition.

Nous distinguons :

D'une part : les états schizophréniques proprement dits, aboutissants de constitutions schizoïdes évoluant à bas bruit.

D'autre part : les syndromes hébéphréno-catatoniques se greffant sur un terrain quelconque (normal ou dégénératif). Cependant au début de l'évolution, la variété des formes cliniques, la possibilité de rémissions spontanées, rendront toujours d'interprétation difficile, l'action réelle du traitement mis en œuvre.

II. BASES DU TRAITEMENT

Le traitement repose sur l'hypothèse de l'étiologie toxi-infectieuse de certaines démences précoces,

et en particulier sur la fréquence relative d'une tuberculose associée.

Les travaux récents n'apportent d'ailleurs dans ce domaine aucune contribution décisive. Aussi le problème étiologique de la Démence Précoce reste-t-il toujours relativement en suspens.

Au point de vue thérapeutique, la grande variété des produits essayés fait déjà pressentir qu'aucun d'entre eux n'a fait la preuve de son efficacité. La diversité des résultats confirme cette impression.

Nous nous sommes adressés à l'association de l'or et de l'huile soufrée. D'une part, l'or, outre son rôle anti-tuberculeux, aujourd'hui classique, paraît intervenir d'une façon assez générale dans les processus toxi-infectieux. D'autre part, l'huile soufrée, agent pyrétogène, active les échanges, et, à la lumière de certains faits expérimentaux, peut, comme telle, être considérée comme favorisant l'action thérapeutique de l'or.

III. TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Le traitement comprend:

1^o Une série de 10 injections intra-musculaires d'huile soufrée à 1 %. Elles sont faites en moyenne tous les six jours, et comportent des doses régulièrement croissantes de 1 à 10 centimètres cubes.

2^o Une série d'injections intercalaires de sel d'or, pratiquées au décours ou à la fin de l'acmé thermique.

3^o Le cas échéant, un certain nombre d'injections complémentaires de sel d'or.

Les premières doses de sel d'or sont très faibles. Elles sont progressivement augmentées et atteignent une dose moyenne dans la série complémentaire. La posologie varie avec les préparations utilisées. En général, la dose totale ne dépasse pas 1 gr. 50 pour la série complète.

Dans quelques cas, le traitement a été repris dans les mêmes conditions après quelques semaines de repos.

IV. OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous apportons les observations de vingt malades. Onze d'entre elles ont été publiées antérieurement ; nous les reproduisons ici, complétées et mises à jour.

Nous les avons classées d'après les résultats thérapeutiques : rémissions, rémissions incomplètes ou transitoires, échecs.

V. RÉSULTATS D'ENSEMBLE

Des vingt malades traitées, 9 sont actuellement en rémission complète, 6 ont présenté des rémissions transitoires ou incomplètes, 5 sont restées stationnaires. (Pourcentage de succès : 45 %.)

La nature même de la maladie, éminemment capricieuse dans son évolution, rend difficile l'élimination, dans l'interprétation des résultats, d'une suite de coïncidences favorables.

VI. ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

a) Avant le traitement.

Les résultats paraissent d'autant meilleurs que la maladie est d'apparition récente. Les formes hébé-phréno-catatoniques paraissent (sous toutes réserves) réagir plus volontiers au traitement, que les formes schizophréniques. La notion clinique de terrain tuberculeux, bien que d'une certaine importance, d'ailleurs difficile à démontrer, n'a pas paru intervenir spécialement dans l'appréciation du pronostic.

b) Au cours du traitement.

Au cours du traitement, des réactions locales intenses, une chute importante du poids, une sensation de fatigue extrême traduisant l'intensité des processus de défense, constituent dans l'ensemble des éléments de pronostic favorable. Par contre, l'absence de ces réactions devra faire craindre l'échec de la thérapeutique. L'importance des élévations thermiques n'est que relative.

Nous avons étudié les réactions biologiques de nos malades par la formule sanguine, la réaction de Vernes résorcine, la vitesse de sédimentation des hématies, l'allergie à la tuberculine. Il résulte de ces examens que l'organisme réagit toujours aux injections d'huile soufrée, même lorsque celles-ci ne déterminent aucun trouble physique apparent (fièvre, réaction locale, etc.).

En particulier, la réaction de Vernes à la résorcine, dont on sait qu'elle réalise, même en dehors d'une

tuberculose avérée, une véritable « toximétrie » (JOUSSET), nous a paru présenter par l'étude de sa courbe de variations au cours du traitement, un réel intérêt pronostique.

Il y aura intérêt, par des examens périodiques, à déterminer l'ascension maxima de l'indice de flocculation. L'indice maximum comporte un pronostic d'autant meilleur que son chiffre est plus élevé. Un indice photométrique supérieur à 100 a coïncidé assez souvent avec le succès thérapeutique.

Les incidents observés au cours de la pyrétothérapie (abcès de la fesse, érythème aurique) sont rares et bénins. Pour ce qui est de l'infection tuberculeuse préexistante ou concomitante, il y aura lieu néanmoins d'être prudent pour éviter de réveiller un foyer.

De toutes façons une longue convalescence s'impose après le traitement pyrétogène, convalescence physique qui permettra à l'organisme de retrouver son équilibre, et convalescence psychique qui réalisera pour un temps « l'orthopédie psychique » de ces traumatisés de l'esprit.

VU : *Le Doyen,*

ROUSSY

VU : *Le Président,*

H. CLAUDE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (Navier), ABELY (Paul) et COULÉON. — Recherches Biologiques dans la D. P. *Ann. medic. psych.*, 90, II, 359-367 (1932).
- ABELY. — Les psychopathes tuberculeux au Dispensaire. *Encéphale*, 442 (1925).
- ARNOULD. — Tuberculose et démence précoce. *Presse médicale*, 10 janvier 1934, 48-49.
- ACHARD, COSTE et CAHEN. — A propos des désordres hémato-logiques causés par les sels d'or. *B. Soc. méd. Hôp. de Paris*, 1932, n° 14, p. 547.
- ARCALIDÈS. — Sur un cas d'encéphalite psychosique aiguë staphylococcique. Obs. d'un cas qui fut guéri. *Soc. méd. psych.*, 27 nov. 1933.
- BARUK. — Les psychoses colibacillaires. 1^{er} Congrès français de thérapeutique, Paris, 1933.
- BARUK. — La catatonie expérimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires. Les troubles psychomoteurs déterminés par la toxine neurotrope colibacillaire dans la série animale et en clinique humaine. *Pr. méd.*, n° 82, 1588, 1589 (1933).
- BARUK. — Catatonie colibacillaire expérimentale et clinique. Descriptions générales. Mécanisme pathogénique. Premiers essais thérapeutiques. *Soc. méd. psych.*, 27 novembre 1933.
- BARUK et DEVAUX. — Catatonie grave colibacillaire, guérison clinique après serothérapie. *Soc. méd. psych.*, 27 nov. 1933.
- BARUK et BERTRAND. — Méningite tuberculeuse chez un cobaye allergique après injection de L. C. R.
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et D. P. Les réactions allergiques chez les D. P. Sensibilisation toxique.

- Tuberculose torpide et troubles nerveux. *Ann. méd. psych.*, 90, II, 352-359 (1932). — *Ann. méd. psych.*, 90, II, 486-496 (1932).
- BARUK, SAUVAGE et ALBANE. — D. P. grave consécutive à une typhobacillose. Guérison des troubles mentaux après une coxalgie et une polysérite tuberculeuse. *Soc. méd. psych.*, 19 déc. 1932.
- BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et D. P. Réactions allergiques, etc. *Paris médical*, 27 août 1932.
- BARUK et DE JONG. — *Catatonie expérimentale par bulbocapnine*.
- BARUK, LAUZIER, BIDERMAN et BLUMENFELD. — La tuberculose pulmonaire des D. P. Étude clinique et radiologique portant sur 204 cas de D. P. *Soc. méd. psych.*, 19 déc. 1933.
- BALDI. — Réactions cutanées à la tuberculine et réaction de fixation du complément dans la D. P. et diverses autres affections mentales. *Soc. de Biol.*, 20 janv. 1934.
- BRUNERIE. — Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose. *Thèse de Lyon*, 1927.
- BINET. — *Rapport au 1^{er} Congrès franç. de thérapeutique*, Paris, 1933.
- BEELITZ. — Sur l'autohémothérapie en psychiatrie, *Med. Welt*, 1933, p. 1330.
- BESSE, KÖHLER, VALETTE. — Pyrëto-galacto-thérapie, *1^{er} Congr. fr. de therap.*, 1933.
- BLUME (G.). — Essais plus étendus sur le traitement de la D. P. par le saprovitane. *Allg. Z. Psych.*, 92, 61-67 (1929).
- BERTOLINI. — Contribution à la malariathérapie de la D. P. *Giorn. psych.* 1-6 (1930).
- BURGI. — Les associations médicamenteuses, *1^{er} Congr. fr. de ther.*, 1933.
- BERNARD (L.). — L'aurothérapie de la tuberculose pulmonaire. *Paris médical*, 1928, page 14.
- Etude résumée d'une 1^{re} série de cas de T. Pulm. traitée par le thiosulfate d'or et de Na. *Rev. de méd.*, 1925, page 1081.
- Résultats généraux de la chrysothérapie de la T. P. *Bul. Ac. Méd.*, 1932, p. 1437.
- BRODIEZ et LEFEBVRE. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose par les sels d'or. *R. Tub.*, 1934, t. XII, p. 813.

- BINET (L.). — Réactions physiologiques à l'hyperthermie expérimentale. 1^{er} Congrès français de thérapeutique, Paris, 1933.
- BORY (L.). — Le soufre et la nutrition. *Presse médicale*, 3 mars 1934, 348-352.
- BERZE. — Traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire. *Wien. medizinische Woch.*, 2 déc. 1933.
- BUSCAÏNO. — Les recherches récentes sur l'étiologie et la pathogénie de la confusion mentale et de la D. P. *Encéphale*, 25, 48-56 (1930).
- CROUZON, MICHAUX et MOLLABET. — *Rapport au 1^{er} Congrès français de thérapeutique*, Paris 1933.
- COURBON (P.) et TUSQUES (J.). — Régression complète d'un syndrome hébéphrénocatatonique après mastoïdite opérée. *Ann. méd. psy.*, 90, II, 658-662 (1932).
- CABITTO (LUIGI). — Sur les états allergiques qui favorisent l'élévation de la température dans la sulfothérapie. *Schizophrénie*, 3-143-145 (1933).
- CANOR (Antonio). — La sulfopyretothérapie dans 10 cas de D. P. *Giorn. psych.*, t. LX, p. 154-168 (1932).
- COWAN (Mc) et NORTHCOTE. — Sulfothérapie dans les psychoses. *Lancet*, 1932, II, 237-239.
- CABITTO (Luigi). — Pyretothérapie dans les maladies mentales. *Not. psych.*, 64-69-86 (1932).
- CARTAN (Mc William). — Traitement de la D. P. par sulfosine. *Lancet*, 1932, I, 340-341.
- CRUDDIT. — Le traitement par l'or de la T. P. Etude de 50 cas. *Bull. Inst. Past.*, 34, t. XXXII, p. 50.
- CARRIÈRE. — Sur le déplacement vers la gauche de la formule sanguine des schizophrènes. *Z. Neur.* 735-314-320 (1931).
- CARRIÈRE. — Contribution à la thérapeutique de la schizophrénie. Remarques générales. Terrain. Antécédents infectieux. Formule sanguine. Température. *Psych. Neurol. Wochenschrift* 385-393 (1932).
- CHORINE et PRUDHOMME. — La signification dans la tuberculose de la réaction de Vernes à la résorcine. *Bull. Acad. de médecine*, 13 mars 1934.
- CLAUDE. — Troubles psychiques chez les tuberculeux. *Conc. méd.*, 1924, p. 243.

- CLAUDE et ROSE. — Etude clinique et anatomique d'une psychose toxi-infectieuse à forme catatonique du type de la D. P. *Encéphale*, décembre 1908.
- CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et D. P. Les troubles psychiques dans des phases torpides et des phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris médic.*, déc. 1930, II, 571-579.
- CLAUDE et COSTE. — Recurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et dans les psychoses. *Acad. des Sc.*, 11 janv. 1932.
- CLAUDE et DUBLINEAU. — Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie par l'huile soufrée. *Soc. méd. psych.*, déc. 1933.
- CLAUDE, COSTE et DUBLINEAU. — Etude comparée des pyrétothérapies parasitaires bactériennes organiques et chimiques dans le traitement de la D. P. *Rapp. au 1^{er} Congr. fr. de ther.* Paris 1933.
- CLAUDE, EY et DUBLINEAU. — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie associées dans le traitement de certaines D. P. *Rap. au 1^{er} Congrès de ther.*, 1933 et *Gaz. des Hôp.*, 1934.
- CLAUDE SCHIFF et DIMOLESKO. — Les modifications leucocytaires dans la D. P. après injections massives de nucléinate de soude. *C. R. Soc. Biol. Paris*, 101, 539-541 (1929).
- CLAUDE, DUBLINEAU et KERFRIDIN. — De quelques modifications biologiques dans la chrysopyrétothérapie des psychoses et de leur valeur pronostique. *Progr. médical*, 1934 (sous presse).
- CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la D.P. *Encéph.* 1933, XXVIII, 561-587.
- CLAUDE, DUBLINEAU, BOREL et ROUART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes. *Paris médical*, 1934.
- COUDERC (L.). — La D. P. peut-elle être considérée comme une méningo encéphalite due à un ultra virus neurotrope de nature tuberculeuse. Résumé de quelques preuves morphologiques cliniques et expérimentales. *Ann. méd. psych.*, 90, II, 496-499 (1932).
- CASAVOLA. — Tuberculose et schizophrénie. Etude clinico-radio-logique. *Schizophrénie*, 3, 147-156 (1933).

- COSTE, VALTIN et VAN DEINSE. — Constatations expérimentales concernant l'étiologie tuberculeuse de certains D. P. *Bull. Acad. méd.*, 1933, CIX (760-764).
- COURMONT, GARDERE et PICHAT. — Influence des doses de sels d'or sur la production du pouvoir bactéricide du serum et des urines pour le B. K. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 27 juin 1933.
- COURMONT. — Variation du pouvoir bactéricide des sels d'or sur le Bacille « in vitro » suivant la composition au milieu et le nombre des bacilles ensemencés. Rapport. entre l'action bactéricide *in vitro* et l'action *in vivo* vis-à-vis du B. K. *B. Inst.-Pasteur*, t. XXXII, p. 51 (1934).
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — Recherches expérimentales sur la D. P. Inoculation au cobaye et au pigeon. *C. R. de Soc. Biol. Paris*, 110, 570-572 (1932).
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — La D. P. est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculation au cobaye et au pigeon. Les lésions provoquées. *Jour. Belge de Neuro.*, XXXIII, 21-31 (1933).
- DUPRÉ. — L'euphorie délirante des phtisiques. Etude anatomo-clinique. *Congrès de Paris* (1904).
- DUMAREST et MOLLARD. — Le traitement aurique de la T. P. *Rev. Phtis.*, 1929, p. 409.
- DEBEUS VIRGILIO. — Formule sanguine de Schillinge et image d'Arnett dans le syndrome schizophrénie. *Schizophrénie*, 2 N^o. 4 37-57 (1932).
- DEMAY (M^{lle}), JACOB et DOUSSINET. — Le serum humain normal en thérapeutique psychiatrique. Données cliniques. *Soc. méd. psych.*, 11 janv. 1934.
- DIDE, DROUET, BARRÈRE et AUJALEN. — L'électropyréxie en psychiatrie. *Bull. Soc. rad. méd. fran.* XX, 607-610 (1932).
- D'ORMEA et BROGGI. — Pyrétothérapie de la D. P. *Riv. sper. freniatr.*, LIV, 837-842 (1931). *Russ. Studi psych.*, XI, 857-871 (1930).
- EMMA MICHELE. — La pyrétothérapie dans les stades avancés des psychoses constitutionnelles. *Schizophrénie*, II, 11-30 (1932).
- ENGLISH. — Rapport sur le traitement par le chlorure de manganèse de 181 cas de D. P., etc. *Amer. J. Psych.*, IX, 569-580 (1929).

- FENWICK, COLLINGWOOD (P.-C.). — La sulfothérapie de la D. P. *Lancet*, 1931, I, 241-242.
- FOURNIER. — 10 observations de D. P. traités par des injections d'huile soufrée (association avec stovarsol). *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. LIV, n° 42 et 43, 15 et 22 oct. 33.
- FAUSER (MARTA). — Expérience thérapeutique avec le gluconate de calcium chez les D. P., principalement dans les états catatoniques. *Psych. Neur. Woch.*, 1931, I, 235-239.
- GROCE (G.). — Tuberculose et schizophrénie à l'examen radiologique. 1^{er} Rapport. *Schizophrénie*, I, N° 2, 53-58 (1932).
- GROCE (G.). — Action de la sulfopyrétothérapie dans la schizophrénie. *Schizophrénie*, t. III, n° 1, pp. 23-29.
- GOUIN et BIENVENUE. — Leucocyto réaction aux sels d'or dans la tuberculose. Condition d'action de sels d'or dans les tuberculoses cutanées. *Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, 8 février 1934.
- GIAUMI. — L'aurothérapie dans la T. P. *Ann. in Pa. Méd.*, 1931, p. 292.
- GERUNDO MICHELE. — Sur la pathogénie de la D. P. *Pathologica* (Genova), XXIV, 771-778 (1932).
- GUÉRIN. — Importance de la réaction de Vernes. — Résorcine dans le dépistage des « vrais » et des « faux » tuberculeux. *Arch. Institut. prophylactique*, 1933, V, 263-287.
- GOLDBLATT et KRAPIWKIN. — Essai de thérapeutique de la D. P. Schizophrénie par la transfusion sanguine. *Psych. neur. W.* 1932 (638-642).
- GERSON. — Au sujet de la pyrétothérapie de choc de la D. P. par la sulfosine. *Arch. für Psych.*, XCVIII, 614-619 (1933).
- GERNEZ. — Action de la pyrétothérapie et du choc sur les réactions de Kahn B. W. et de Vernes. *C. R. Soc. Biol.*, 1933, CXII, 992.
- HUFSCHMIDT. — L'or dans la thérapeutique des tuberculoses cutanées. *Pa. M.*, 1926, p. 135.
- HERMAN KNUD. — Variation de la formule sanguine dans la schizophrénie. En particulier déplacement vers la gauche de l'image d'Arneth. *Hosp. Tid.*, 1932, 1135-1144. Danois.
- HANDELSMAN. — Essai de traitement de la D. P. par la méthode de Walbaum. *Warszow. Czas. Lek.*, V, 763-766 (1928) (polonais).

- HEUYER et DUBLINEAU. — Les formes évolutives de la D. P. et leur traitement (*Mémoire pour le prix de Schizophrénie*) inédit.
- IZIKOWITZ SANDER, THEORELL (Hugo) et GOSTA WIDSTROM. — Sur le cholestérol, les albumines du sérum et la vitesse de sédimentation pendant le traitement par la sulfosine de la schizophrénie. *Deutsch. Z. Nervenheilk.*, 131-251-284 (1933).
- JASCHKE (Otto). — Sur la pyrétothérapie de la D. P. *Psych. Neur. Woch.* (1929), I, 59-151.
- JULIEN. — Remarques sur les accidents sanguins de la chrysothérapie. *Soc. d'Etudes Scient. sur la tuberculose*, 9 déc. 1933.
- JOSON. — Taribio. Rapport préliminaire sur le traitement des D. P. par vaccin antityphoïde et parathyphoïde. *J. Philipini Islands med. Assoc.*, XI, 407 (1934).
- KUPPERS (Karl). — Au sujet de Schizophrénie et infection. *Psych. Neurolog. Wochenschrift*, 244-48 (1932).
- KLUMBE. — Sur les essais de traitement des états d'excitation par des grandes ponctions lombaires.
- KAÏRUKSTIS (J.). — Essai de Benzinol dans la P. G. et la D. P. *Psych. Neur. Woch.*, 1930, II, 400-402.
- LINDNER TORSTEN. — Quelques remarques sur le problème actuel de la démence précoce. *Hygiea* (Stockh.), XC, 811-917.
- LINDNER TORSTEN. — Hépatothérapie de la démence précoce. *Psych. Neur. Woch.*, 1933, 451-455 et 465-467.
- LINDNER TORSTEN. — La schizophrénie est-elle un problème d'immunité biologique. *Nord. méd. Tidskr.*, 1933, 1035-1038.
- LOBERG KARL. — Sulfothérapie parentérale de la D. P. *Ir. J. Med. Sci.*, VI, n° 35, 285-290 (1930).
- LOBERG KARL. — Sulfosinthérapie de la D. P. *Z. Neur.*, CXXIII, 449-464 (1930).
- LEVI BIANCHINI et NARDI. — Malariathérapie des psychoses non syphilitiques. *Arch. Neurobiol.*, XII, 427-446 et 585-629 (1932).
- LEPINÉ et LARRIVÉ. — Un nouveau procédé de pyrétothérapie réglée par l'huile soufrée. *Soc. méd. Hôp. Lyon*, 1^{er} déc. 1931.
- LEVADITI, VAISMAN, MANN, SCHÖEN. — La diffusion du Bi dans le névraxe et sa pénétration dans le LCR. *B. Soc. Derm. Syph.*, 1933, 738-761, n° 5.
- LEBŒUF et MOLLARD. — Recherches sur l'oléochrysothérapie.

- Les sels d'or en suspension huileuse. *Pa. Méd.*, 1931, t. XXXI, p. 167.
- LEBŒUF et MOLLARD. — A propos du mécanisme pathogénique et du traitement des accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie. *Pa. M.* 1930, p. 510.
- LEBŒUF, MOLLARD et POPOVITCH. — Syphilis et auro-résistance. *Presse médicale*, 1161-1163 (1933).
- LEBŒUF et MOLLARD. — Nouveau cas de méningite tuberculeuse à la suite d'injections de sels d'or. *Bull. Soc. Dermat.*, 1932, 1594.
- LEBŒUF, MOLLARD et PAUGET. — Présence de l'or dans le L. C. R. des sujets traités par injection I. V de crislaline. *Bull. Soc. Fr. de Dermat.*, XXXVIII, n° 4, 513-516 (1931).
- LACAPÈRE et FÉNAL. — Comparaison de la réaction de Vernes à la résorcine et de la vitesse de sédimentation des hematies dans 93 cas de « rhumatismes ». *Arch. de l'Inst. prophylactique*, t. VI, n° 1, 1934.
- LAJOURNADE. — Traitement de la D. P. par les injections d'huile soufrée. *Thèse Bordeaux*, 1933.
- LUMIÈRE et SOMÉRYL (Mlle). — .
- LEPOUTRE. — Les psychoses colibacillaires. *Journ. des Sc. médicales de Lille*, 4 février 1934.
- LANGELUDDEKE. — Traitement des psychoses par le soufre. *Deutsch. mediz. Woch.*, 16 mars 1934.
- LUXEMBURGER HANS. — Suite des examens relatifs à la relation entré la constitution schizophrénique et la diminution de résistance à l'infection tuberculeuse. *Z. Neur.*, CXXII, 74-89 (1929).
- LEROY. — Disparition deux mois avant la mort par tuberculose aiguë de tout symptôme catatonique chez une jeune malade. *Soc. Cl. de Méd. Ment.*, 20 avril 1922.
- LA BONNARDIÈRE. — Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose. *Thèse Lyon*, 1898.
- LÖWENSTEIN. — Bacillémie tuberculeuse au cours des affections du S. N. C. *M. M. W.* n° 26, 26 juin 1931.
- LLUCIA et DUMON. — Trois observations de tuberculose chirurgicale traitée par les sels d'or. *Soc. de Chir. de Marseille*, déc. 1933.
- MASSANT, LEROY et D'HOLLANDER. — La D. P. est-elle d'origine

- tuberculeuse ? Discussion. *Jour. Belge de Neurol.*, XXXIII, 31-33 (1933).
- MELZER (Ernst). — Les relations de la tuberculose avec les maladies mentales. *Med. Welt.*, 1933, 325-328.
- MARIE. — La tuberculose dans les asiles. *Revue de psych.*, septembre 1905.
- MOLLARD. — Les sels d'or en suspension huileuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Note sur les accidents et sur les résultats éloignés. *Presse médicale*, p. 395 (1934).
- MARGOUT. — L'érythrodermie aigue aiguë fébrile généralisée. *Thèse de Paris*, 1933.
- MILIAN. — Traitement du Lichen plan par l'or. *S. F. de derm. et Venerol.*, 6 juillet 1933.
- MARQUEZY et VERLIÈRE DUBOIS (M^{me}). — Comparaison entre la cuti-réaction à la tuberculine, la vitesse de sédimentation globulaire et la réaction de Vernes à la Résorcine. *Société de pédiatrie*, 20 mars 1934.
- MAXWELL JAMES (Melbourne). — Comparaison du taux de sédimentation sanguine et de l'épreuve de la flocculation de Vernes dans la tuberculose pulmonaire. *The medical Journal of Australia*, XX^e année, t. II, n^o 9, 26 août 1933.
- MONCH KURT. — Contribution à l'étude de la pyrétothérapie avec mention spéciale concernant la démence précoce. *Psych. Neurol. Wochenschrift*, 1931, I, 223-227.
- MENNINGER et KUBITSCHKE. — Amélioration d'une schizophrénie à la suite d'une dysenterie intercurrente. *J. Nerv. Dis.*, LXXII, 535-37 (1930).
- MARCHAND ABELY et BAUER. — *Sur la question de l'étiologie syphilitique de la schizophrénie.*
- MURRAY et MAUDIE MARIE BURNS. — L'emploi du sodium amytal dans le traitement des psychoses. *Psych. quart.*, VI, 273-300 (1932).
- MURISKI (L.). — Sulfothérapie dans la schizophrénie. *J. Ment. Sci.*, LXXVII, 792-903 (1931).
- MENDIGUCHIA, VEGUÉ et MENDES. — La pyrétothérapie des psychoses par le soufre. *Med. Ibero*, 1930, II, 205-207.
- MÖNNICH (A.). — Essai avec Pyrifer dans les maladies du groupe schizophrénie. *Psych. Neur. Woch.*, 1931, II, 425-429.

- MAS de AYALA. — Traitement de la D. P. par tréponema hispanicum. Montevideo. Rev. crimi... XVII, 26-43 (1930).
- MENNINGER LERCHENTHAL. — Sur le traitement de la D. P. *Münch. Med. Wc.*, 1929, I, 1080-1082.
- NEGRE, VALTIS et VAN DEINSE. — *Sur les caractères des souches de Bacilles tuberculeux isolés de cobayes inoculés par des filtrats de cultures ou de produits pathologiques et traités par des injections d'extrait acétonique de B. K.*
- NEGRE, VALTIS et VAN DEINSE. — Action des extraits acétoniques d'organes de cobaye sains sur les propriétés pathogènes des éléments filtrables du B. tuberculeux. *Soc. de Biol.*, 21 octobre 1933.
- NOUVIOU, PAUC et ROTENSTEIN. — Aurothérapie et cure sanatoriale. *Presse médic.*, n° 8, 162-165 (1934).
- NINNI. — Essai de chimiothérapie de la tuberculose expérimentale du cobaye par l'acide phénique mélangé ou non à des extraits alcooliques d'organes. *Sociét. de Biologie*, Paris, 6 janvier 1934.
- NAGERA VALLEJO. — La pyrétoth. de la D. P. par pyrifer. *Arch. f. Psych.*, LXXXVIII, 244 bis-250 (1929).
- NOBBE. — Expérience pratique du traitement par pyrifer. *Arch. für Psych.*, XCIX, 47-56 (1933).
- NEUBERGER. — Les traitements actuels de la D. P. *Monde médical*, 1932, 907, XLII.
- ORIANI FERRANTE. — Tuberculose et Maladies mentales. Contribution statistique et anatomo-clinique. *Riv. Sper. Freniatr.* LVI, 392-417 (1932) Italien.
- ORGAZ (J.). — L'albuminurie Sanocrysinique. *La Prensa medica argentina*, t. XX, n° 25, 21 mai 1933.
- OSTMANN. — La formule sanguine dans les états schizophréniques chroniques. *Psych. Neur. Wochenschrift* 93-94 (1933).
- OSTMANN. — La formule sanguine des schizophrènes. *Psych. Neur. Woch.*, 189-191 (1933).
- OSTMANN. — Ce que montre la formule sanguine des schizophrènes. *Psych. Neur. Woch.*, 249-252 (1933).
- OSTMANN. — Etude de la formule sanguine. Globules blancs dans la schizophrénie. *Allg. Z. Psychiat.*, XCI, 497-502 (1929).
- OSTMANN. — Comparaison de la formule sanguine chez les

schizophrènes récents et chez les schizophrènes invétérés. *Psych. Neur. Woch.*, 42-43 (1933) et *Psych. Neur. Woch.*, 114-115 (1933) et *Psych. Neur. Woch.*, 6-8 (1933).

OVERHAURM (G.). — A propos de la thérapeutique de la D. P. par les sels métalliques. *Psych. Neur. Woch.*, 1930, II, 403-404.

PASCAL (M^{lle}) CLAUDE et PAGNIEZ. *Presse médicale*, avril 1933.

PASSINI. — *Archives de l'Institut prophylactique*, 1928-1934.

PASCAL (M^{lle}). Le brouillard étiologique de la démence précoce est-il dissipé ! *Progrès médical*, 1933, LX, 1418.

PRIVAT de FORTUNÉ et GERNEZ. — *Congrès de Lille*, 1930.

PINI (Oliviero). — Sur la protéinothérapie dans quelques maladies mentales, contribution préalable. *Rass. Studi psich.*, XX, 188-190 (1931).

PAGNIEZ. — Tuberculose et démence précoce. *Presse médicale*, 1933, 501, 29 mars.

PASCAL et VIÉ. — Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer-Morel et la notion du terrain, etc. *Encéphale*, XXVI, 283-314 (1931).

PUCA (A.). — Sur la mise en évidence de granules acido résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le L. C. R. de déments précoces. *Soc. de Biologie*, 15 oct. 1932, t. CXI, 258-260 (1932).

PUCA (A.). — Premiers résultats de la culture du B. K., par ensemencement de LCR de D. P. C. R. *Soc. Biol. Paris*, CXIII, 359-360 (1933).

PASCAL (M^{lle}) et DOUSSINET. — Hébéphrénie et tuberculose. *Arch. Inter. Neurol.* (1932), II, 535-560.

POURSINES et JOUVE. — Forme mentale de granulie tuberculeuse. *Comité Méd. des B. du-Rhône*, novembre 1933.

PICHAT. — De l'existence d'un pouvoir bactéricide spécial pour le B. K. dans l'organisme tuberculeux. Pouvoir bactéricide des urines. Action bactéricide *in vitro* et *in vivo* des sels d'or pour le B. K. *Thèse de Lyon* (1933).

REITER (P.). — Résultats obtenus à ce jour des essais de traitement de la D. P. par les sels métalliques. *Psych. Neur. Woch.*, 1929, II, 371-375.

REITER (Paul), — Sur la pathologie de la D. P. Troubles gastro-

intestinaux, leur signification clinique et étiologique. *Kopenhagen et Leipzig*, 1929.

RICHET fils, DUBLINEAU et JOLY. — Pyrété et chimiothérapie associées dans la syphilis primaire et secondaire. Etude clinique et expérimentale. *Presse médicale*, 25 oct. 1933, 1649-1651.

RICHET et JOLY. — Pyrété et chimiothérapie associées dans le traitement de la syphilis primaire et secondaire. *Ann. des mal. vener.*, 5 mai 1933.

RICHET fils et DUBLINEAU. — Pyrété et chimiothérapie associées dans le traitement de la syph. exp. du lapin. *Journ. de phys. et de path. générale*, sept. 1933. *Bull. Ac. de méd.*, 1932, 27 déc.

RICHET fils et DUBLINEAU. — Pyrétéothérapie associée ou non à l'arsenothérapie dans les infections à trypanosomes. *C. R. Soc. de Biologie*, 1932, 27 février.

RICHET et DUBLINEAU. — La pyrétéothérapie de la syphilis. *Paris médical*, 3 mars 1934.

ROUBINOVITCH. — Démence précoce et tuberculose. *Progrès médical*, 21 janvier 1933.

ROZIER, JULLIEN et MOLLARD. — 38 observ. de tuberculose laryngo-pulmonaire traités par les sels d'or. *Presse médicale*, XLIV, 3 juin 1933.

ROULIN (G.). — Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or. *Thèse Paris*, 1931. *Rev. tub.*, 1933, p. 213.

RIZATTI Emilio et VITTORIO MARTINENGO. — Recherches hémalogiques sur la schizophrénie. *Schizofrénia*, I, n° 2, 27-43 (1932).

RIZATTI et DEBEUS. — Sur la courbe leucocytaire en sulfo-pyrétéothérapie. *Schizofrénia*, III, 181-210 (1933).

ROTMANN (J.). — L'autophlycténothérapie des maladies mentales. *Bol. Inst. psychiatr. Fac. ci med. Rosario*, I, 95-101 (1929) (espagnol).

ROBERTI (C.-E.). — La thérapie par l'insuline dans les maladies mentales. *Rass. Stud. psych.*, XIX, 628-637 (1930).

RAPPORT DU CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION ALLEMANDE POUR LA PSYCHIATRIE, Breslau (1931).

- RONCATI CESARI. — Observation sur la malariathérapie de la schizophrénie. *Note psychiatr.*, LX, 545-554 (1931).
- SKOTTOWE. — Remarque sur la recherche du virus filtrant dans des cas de démence précoce. *J. Ment. Sci.*, LXXVI, 318-321 (1930).
- SAGEL. — Expériences personnelles sur la formule sanguine blanche et sa valeur en psychiatrie, etc. *Z. Neur.*, CXXV, 436-464 (1930).
- SAGEL. — Schizophrénie et Infection. *Psych. Neurol. Wochenschrift.*, 1932, 73-77.
- SCHIFF (P.). — La mononucléose hémoclasique. *C. R. Soc. Biol.*, 1932, LXXXVII, 1266.
- SAENZ. — Nouvelles études sur la bacillémie tuberculeuse. *Revue sud-américaine de méd. et chir.*, 1^{er} janvier 1934.
- SZYMANSKI. — Rapport sur un essai de traitement de D. P. par inject. intr.-veineuse de salicylate de soude. *Polska Gaz. Lek.*, 1930, II, 894-95.
- STERN KASSIL et LOSCHKINA. — Influence des changements de température du corps sur le fonctionnement de la barrière hémato encéphalique. *C. R. Soc. Biol.* 1928, II, 448.
- SCHROEDER KURT. — Suite d'expériences de thérapie par l'huile soufrée (sulfosine). Schizophrénie et autres maladies mentales. *Hosp. Tid.*, 1933, 113-125 (Danois).
- SCHREIBER. — Expérience de traitements par la sulfosine. *Psych. Neur. Woch.*, 1933, 33-36.
- SORGER et OSWALD. — Contribution à l'étude du traitement de la D. P. par le Pyrifer. *Psych. Neur. Woch.*, 1933, 105-108.
- SIECO et FASCIOLI. — Recurrens thérapie dans la D. P. *Rev. Argent. de Neur.*, IV, 159-167 (1930).
- SIECO, CAZERES et FASCIOLI. — La réaction méningée dans la recurrensthérapie par le tréponème espagnol de la D. P. *Rev. Arg. Neur.*, IV, 168-171 (1930).
- SCARPATETTI (W.). — Un nouveau traitement complémentaire après la pyrétothérapie dans un début de schizophrénie. *Ib. Psychiatr.*, XLVIII. 34-39 (1931).
- TINDING (G.). — Traitement de la D. P. par les sels de manganèse. *Ugeskr Laeg.*, 1929, II, 616 (Danois).
- TARDIEU et LEGRAND. — Contribution à l'étude de l'étiologie

- tuberculeuse en psychiatrie. Un cas de confusion mentale chez une phthisique. *Bul. Med. Paris*, 30 mars 1927.
- TARGOWLA. — Tuberculose et troubles mentaux. *Arch. intern. neurol.*, LII, I, 115-116 (1933). *Presse médicale*, 11 février 1933, I, 238-40.
- TINEL. — Les variations de la formule leucocytaire dans les maladies mentales. *Annales méd. psychol.*, XCI, I, 121-148 (1933).
- TOMESCO VASILEȘCO et IONESCO BUCSANI. — Le syndrome catatonique par insuffisance ovarienne. *Romania medicala*, (t. XI, n° 15-16).
- TOULOUSE, COURTOIS, RUBENOVITCH. — Syndrome de D. P. consécutive à une fièvre typhoïde avec phénomènes délirants. *Ann. méd. psych.*, LXXXIX, I, 146-149 (1931).
- TOULOUSE, MARCHAND, SCHIFF. — Les encéphalites psychosiques. Etude anatomo-clinique. *Encéphale*, XXIV, 443-440 (1920).
- TOULOUSE et COURTOIS. — Sequelles mentales d'encephalopathies aiguës. *Ann. méd. psych.*, n° 5, mai 1933.
- TOULOUSE. — La tuberculose et la psychopathie. *Rev. d'Hyg.*, t. LII, sept. 1930.
- TOULOUSE, SCHIFF VALTIS VAN DEINSE. — Ultra virus tuberculeux et D. P. *Soc. méd. psy.*, 28 nov. 1932, p. 474-486.
— Virus tuberculeux dans le L.C.R. d'un D. P. *Soc. de Biol.* 18 avril 1931.
- VIE. — La réaction de Besredka dans la D. P. *Encéphale*, avril 1930.
- VALLEJO NAGERÁ. — Valeur thérapeutique de la pyrétothérapie des déments précoces. *An. Acad. med. quir. españ.*, XV, 636-648 (1928).
- VALLEJO NAGERÁ et VALDES LAMBEA. — Rapports entre D. P. et tuberculose. *Med. Ibero*, 1929, I, 269-271 (espagnol).
- VIGNATI HRADISTE et SKALAK. — L'hyposulfite de soude contre les accidents de la chrysothérapie. *Presse médicale*, n° 11, 212-214 (1934).
- VINCENT. — Rôle de l'intoxication colibacillaire. *Acad. des Sciences*, 20 août 1933.
- VOLOCHOV. — Autohémothérapie dans la schizophrénie. *Vrač Dělo*, XIII, 1393-1397 (1930) (Russe).

- VANELLI ANGELO. — Pyréthothérapie dans les états d'agitation des psych. chroniques. *Ann. Osp. psichiatri. prov. Perugia*, XVI, 71-81 (1932).
- VARENA. — Contribution à la malarithérapie de la D. P. *Riv. sper. Freniatr.*, LVII, 61-103 (1933).
- WAGNEROVA HATRICOVA. — Proteinthérapie de la D. P. *Rev. Neur.*, XXVI, 319-322 (1929).
- WALBAUM et BOAS. — La thérapeutique par les sels métalliques. *Nord Bibl. Ter.*, VI, 1-43 (1930).
- WERZILOW CHOUGANE et FREYDINE. — L'influence des facteurs balnéothérapeutiques les plus importants, etc. *Ann. derm. et syphiligr.*, 1931, 775-783.
- WESTPHAL, KURT et WELTI. — Tuberculose et schizophrénie. *Klin. Wochschr.* 1930, I, 1025-1026.
- WIEHERT FRANCIZECK. — Trad. Polonaise A propos de psychoses symptomatiques provoqués par les méningites chroniques probablement tuberculeuses. *Roczn. Psychiatr.* XI, 127-192.
- WALBAUM. — Thérapeutique par les sels métalliques. Traitement de la tuberculose expérimentale des cobayes. *Rev. Tub.*, 1932, p. 91.
- WASSERFALLEN et TUESCHER. — La Réaction de Vernes dans la tuberculose dite chirurgicale. Comparaison de ses résultats avec ceux de la sédimentation. *Schweizerisch medizin. Wochenschrift*, 24 février 1934, p. 175).
- WONSOWIEZ. — La vitesse de sédimentation des globules rouges et l'indice réfractométrique du serum sanguin dans la tuberculose pulmonaire. *Rev. de la tuberculose*, 1928, IX, 395-408.
- WYRSCH JACOB. — Sur la connaissance des psychoses schizophréniques postencephaliques. *Z. Neur.*, CXXI, 186-210 (1929).
- WAHLMANN. — Traitement par Pyrifer des psychoses endogènes. *Psych. Neur. Woch.*, 1931, I, 120-122.
- WIZEL et MARKUSZEWIEZ. — Premiers résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie. *Encéphale*, XXII, n° 9, 669-680 (1927).
- ZARA EUSTACHIO. — La vitesse de sédimentation des hemasies dans la schizophrénie. *Cervello*, X, 127-141 (1931).
- ZARA EUSTACHIO. — L'autohémothérapie dans les maladies mentales. *Riforma, med.* 1931, I (330-335).

Saint-Amand (Cher). — Imp. R. BUSSIÈRE. — 14-6-1934
